LA

PRESSE MÉDICALE

1944

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LES RÉFLEXES LARYNGÉS D'ORIGINE NASALE

PAR MM.

Léon BINET, Daniel BARGETON et Alexandre CHEVALIER

(Paris)

C'est un fait bien connu que diverses agressions portant sur les voies aériennes supérieures sont capables de provoquer des troubles variés dans la mécanique respiratoire. François-Franck[1] a décrit les réactions de constriction des bronches et du larynx que fait apparaître une irritation portée sur les terminaisons du trijumeau et, en particulier, sur la muqueuse nasale. Plus récemment, l'un de nous[2] a montré que l'inhalation de corps suffocants provoque une constriction bronchique intense et a fait jouer un rôle important à ce bronchospasme dans le mécanisme de la suffocation.



Fig. 1. — Réaction de fermeture de la glotte provoquée par divers excitants : faradisation du bord libre du cornet inférieur avec un courant fort puis plus faible (les deux réponses de gauche du tracé A), attouchement de la même région avec un stylet mousse (réponse de droite du tracé A), inhalation de vapeurs d'acide chlorhydrique (tracé B).

Il nous a semblé que les réactions laryngées dues à l'irritation de la muqueuse nasale méritaient d'être examinées à nouveau et c'est notre contribution à leur étude expérimentale qui fait l'objet du présent travail.

Technique.

L'animal utilisé a été le chien. Cette espèce est généralement considérée comme relativement peu sensible aux stimulations portées sur les voies respiratoires supérieures ; dans notre choix de l'animal réactif, nous avons accepté cet inconvénient, désirant opérer sur un animal de taille suffisante pour pouvoir suivre par laryngoscopie directe les réactions de la glotte et pour pouvoir contrôler par la vue la mise en place et le fonctionnement corrects des organes d'enregistrement graphique. Le choix du chien, s'il est donc défectueux en ce qui concerne la sensibilité de l'animal, est par contre avantageux à l'égard de la fidélité de l'exploration.

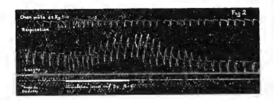
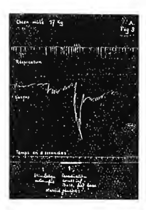


Fig. 2. — Fermeture de la glotte par faradisation du bord libre du cornet inférieur. (Ce tracé est pris avec une vitesse de déroulement assez grande.)

La plupart de nos expériences ont été faites sous anesthésie légère au chloralose (0 *g.* 8 à 0 *g.* 9 par kilogramme).

Nous nous sommes efforcés de réduire au minimum les interventions sanglantes pour nous placer dans des conditions aussi voisines que possible de l'état normal. C'est ainsi que nous avons renoncé à enlever le massif antérieur du nez, comme le faisait François-Franck dans le but de localiser sous le contrôle de la vue la région de la muqueuse stimulée et que nous nous sommes contentés de la vision donnée par les voies naturelles après pose d'un spéculum dans la narine. De même, nous nous sommes abstenus de toute vivisection portant sur le larynx et la région voisine.

Les mouvements du larynx ont été enregistrés au moyen d'un ballon formé d'un doigtier de caoutchouc très souple lié sur une sonde demi-rigide placé dans l'orifice glottique. Nous avons renoncé à introduire le ballon par la bouche ; il est en effet impossible, lorsqu'on utilise cette voie, d'éviter le déplacement des organes d'enregistrement par rapport à la glotte et de les soustraire à l'action de l'épiglotte. De plus, le ballon ainsi posé fait obstacle à la vision directe de la glotte que nous désirions conserver comme contrôle de l'enregistrement graphique. On obtient un mode d'exploration très fidèle en introduisant le ballon par l'orifice d'une trachéotomie pratiquée à la hauteur du troisième ou du quatrième anneau trachéal. L'extrémité du doigtier de caoutchouc est poussée jusqu'à effleurer le bord supérieur de la glotte, un point de gros fil de lin fixe ensuite solidement la sonde à l'anneau trachéal situé au-dessus de la trachéotomie. Le ballon est ainsi rendu solidaire du larynx qu'il suit dans ses déplacements et il n'enregistre que les seuls mouvements d'ouverture et de fermeture de la glotte.



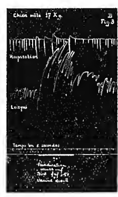
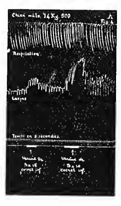


Fig. 3. — Sur le même animal des excitations faibles (attouchement ou faradisation avec un courant peu intense) provoquent l'ouverture de la glotte (tracé A) ; des excitations fortes (faradisation avec un courant intense) provoquent la fermeture (tracé B).

La trachéotomie est d'ailleurs nécessaire lorsque l'on pratique des inhalations irritantes pour localiser la stimulation à la seule muqueuse nasale et pour éviter une action directe possible sur le larynx.

On prend soin, en la pratiquant, de n'intervenir que dans la région médiane afin de ne pas intéresser les récurrents qui longent les bords latéraux de la trachée. Nos premiers enregistrements ont été faits en reliant le ballon, lui-même rempli d'eau, à un manomètre à eau dont les dénivellations étaient inscrites par un « piston recorder ». Dans le ballon, on établissait une pression de 5 à 10 *cm.* d'eau. Nous avons ensuite remplacé la transmission hydraulique par une transmission à air pour diminuer les effets d'inertie. Le ballon était alors rempli d'air et relié à l'un des compartiments d'une capsule oscillométrique dont l'autre compartiment était relié à un flacon de 10 litres dans lequel on pouvait insuffler de l'air



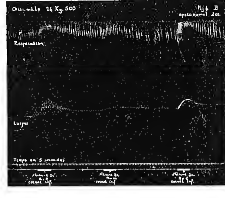


Fig. 4. — Diminution de la réponse laryngée après administration de numal. Sur le tracé B, après numal, il faut diminuer l'écartement des bobines du chariot d'excitation pour obtenir des réponses plus faibles que sur le tracé A avant numal.

1. François-Franck : Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes. *Arch. de Phys. normale et pathol.*, 1889, 21, 538. — *Comptes rendus du Laboratoire de M. Marey*, 2.

2. L. Binet et M. Burstein : Bronchospasme et bronchorelâchement obtenus en partant de la voie aérienne. *La Presse Médicale*, 3-6 Avril 1940, nos 31-32.

sous une pression de 5 à 10 *cm.* d'eau. La pression de l'air dans les deux compartiments de la capsule était égalisée par un tube de dérivation que l'on pouvait fermer par une pince lors de l'enregistrement. Ces deux dispositifs nous ont fourni des tracés analogues. Nous avons cru devoir ne pas passer sous silence quelques détails du mode d'exploration, en principe fort simple, que nous avons utilisé, nous nous sommes en effet rendu compte des erreurs grossières que pouvait entraîner dans l'étude des réactions du larynx l'omission de précautions d'ordre apparemment secondaire. Ajoutons enfin qu'avec les mouvements du larynx nous avons inscrit les mouvements respiratoires thoraciques.

Résultats.

I. Excitants susceptibles de provoquer des réflexes laryngés d'origine nasale. — Nous avons utilisé divers excitants :

1° Excitants mécaniques (contact d'un stylet mousse [fig. 1], piqûre, attouchement avec un pinceau fin). L'excitant mécanique est relativement peu efficace et chez nombre d'animaux il ne provoque pas de réaction laryngée notable.

2° Excitant électrique. La faradisation localisée de la muqueuse nasale a provoqué le plus souvent des réactions laryngées très nettes (fig. 1).

3° Excitants chimiques. L'attouchement de la muqueuse avec une baguette trempée dans de l'acide chlorhydrique (fig. 1) ou acétique, de l'ammoniaque, du xylol, provoque le plus souvent une réaction laryngée. Il en est de même de l'inhalation de vapeurs irritantes (acide chlorhydrique, ammoniaque, formol, bromoforme). Chez un même animal on obtient des réponses laryngées plus intenses par l'excitation électrique que par l'inhalation des corps que nous avons essayés.

II. Régions de la muqueuse nasale susceptibles d'être le point de départ de réflexes laryngés. — Lorsqu'on emploie un excitant localisé, faradisation par exemple, on constate que tous les points de la muqueuse nasale ne sont pas susceptibles d'être le point de départ de réflexes laryngés. Les zones les plus manifestement réflexogènes sont les bords libres des cornets moyens et inférieurs, celles qui donnent le moins souvent une réponse laryngée sont la paroi externe et la cloison.

III. Type de la réponse laryngée. — La réponse de beaucoup la plus fréquente est le rétrécissement ou même la fermeture complète de l'orifice glottique. La constriction commence après un temps perdu très court, de quelques secondes, et atteint d'emblée son maximum; elle se maintient tant que dure l'excitation, persiste quelques secondes à une demi-minute après la fin de l'excitation, puis disparaît lentement (à condition que l'excitation n'ait pas lésé la muqueuse [fig. 2]).

Cependant de la fatigue se manifeste assez vite et l'on ne peut pas en prolongeant la stimulation maintenir un laryngospasme aboutissant à la fermeture complète de la glotte pendant plus d'une minute ou deux. La fatigue doit porter davantage sur l'appareil nerveux du réflexe que sur les muscles constricteurs de la glotte, car par stimulation directe du bout périphérique du récurrent on peut provoquer un laryngospasme beaucoup plus durable. Chez quelques animaux, quelles que soient la nature et l'intensité de l'excitant, le larynx a répondu par une ouverture. Plus fréquemment, nous avons observé chez le même animal tantôt l'ouverture, tantôt la fermeture de la glotte. Il ne nous a pas semblé que certains territoires muqueux soient le point de départ de réflexes de dilatation, d'autres de réflexes de constriction. La nature de l'excitant ne nous a pas non plus semblé déterminer le type de la réponse. D'une façon générale les excitations faibles provoquent plutôt l'ouverture, les excitations fortes plutôt la fermeture (fig. 3).

Chez quelques animaux enfin, mais cela très rarement, nous n'avons pu observer aucune réaction laryngée par stimulation de la muqueuse nasale et cela quelles que fussent la nature et l'intensité de l'excitant. Dans ces cas, il existait un jetage important et la muqueuse présentait des signes d'inflammation chronique. On peut donc considérer l'absence de réponse laryngée à la stimulation des zones réflexogènes nasales comme une manifestation pathologique. Signalons à ce propos que François-Franck, après avoir provoqué une inflammation aiguë de la muqueuse nasale, trouve que le laryngospasme apparaît plus facilement que lorsque la muqueuse est saine. Il n'y a pas forcément contradiction entre ces deux ordres de constatation. On peut admettre en effet que l'inflammation aiguë de la muqueuse nasale, telle que la pratiquait François-Franck, augmentait la réceptivité de l'animal alors que cette réflectivité est diminuée chez les chiens de fourrière atteints d'infection nasale chronique.

IV. Influence des anesthésiques. — Le numal, le dial, le somnifène diminuent sensiblement l'intensité de la réponse de fermeture de la glotte à l'excitation de la muqueuse nasale (fig. 4). Après injection intraveineuse de 1 cm^3 de numal, on peut voir une ouverture du larynx avec une excitation nasale qui provoquait la fermeture chez l'animal sous anesthésie légère au chloralose. Une narcose profonde au chloralose (1 *g.* 10 à 1 *g.* 20 par kilogramme) produit des effets analogues mais moins marqués.

Bien entendu, la cocaïnisation de la muqueuse nasale supprime tout réflexe laryngé partant de cette muqueuse.

Conclusions.

1° Il est facile de provoquer chez le chien des réflexes laryngés par excitation de la muqueuse nasale, les zones les plus sensibles étant le bord des cornets moyens et inférieurs. Ces réflexes ne semblent manquer que chez les animaux atteints d'infection nasale ancienne.

2° Le réflexe le plus souvent observé est le rétrécissement ou l'occlusion de la glotte. Dans certains cas, au contraire, la réponse est une ouverture de l'orifice glottique. Nous nous sommes efforcés de préciser les conditions qui déterminent l'apparition de ces deux types opposés de réponse; c'est l'intensité de l'excitation qui paraît jouer le rôle déterminant le plus net.

3° Il semble que l'on soit autorisé à tirer de ces constatations expérimentales quelques conséquences susceptibles d'avoir une portée en clinique humaine.

a) La suffocation qui succède à l'inhalation de vapeurs irritantes s'explique peut-être, pour une part tout au moins, par l'existence d'un réflexe de fermeture de la glotte d'origine nasale. Il est permis de penser qu'à côté des réflexes agissant sur le centre respiratoire et de ceux provoquant la broncho-constriction, interviennent aussi ceux qui, à point de départ nasal, aboutissent à la fermeture de la glotte. Lorsque l'organisme est menacé par l'inhalation de vapeurs irritantes, il oppose à la pénétration du toxique plusieurs lignes de défense. Une de ces lignes passe par les centres, une autre par les petites bronches, il est possible qu'une troisième ligne de défense passe par le larynx.

b) Certains spasmes de la glotte dont l'origine est si souvent obscure peuvent relever d'un mécanisme réflexe à point de départ nasal.

c) Dans les interventions portant sur la cavité nasale et en particulier sur les cornets, une anesthésie insuffisante de la muqueuse peut exposer à des réactions de constricion laryngée gênante.

d) La disparition ou tout au moins l'atténuation du laryngospasme réflexe sous l'influence de doses modérées de barbituriques engage à retenir ces corps dans le traitement du spasme de la glotte.

Il appartient aux cliniciens de vérifier le bien-fondé de ces déductions tirées de l'étude expérimentale des réflexes laryngés d'origine nasale.

LA CAROTÉNODERMIE

PAR MM.

E. BERTIN, P. BOULANGER et Cl. HURIEZ

(Lille)

Notre présentation de Février 1942 à la Société de Médecine du Nord avait attiré l'attention sur l'anormale fréquence de la caroténodermie chez les malades qui consultaient ou étaient hospitalisés pour les motifs les plus variés. En un an et demi nos constatations ont été très élargies; elles portent sur plus d'une trentaine de caroténodermiques. Le sang de 17 d'entre eux a été étudié au laboratoire de chimie biologique. Enfin, nous disposons d'un recul suffisant pour apprécier l'évolution de ce syndrome, spontanément ou sous l'influence de diverses thérapeutiques.

Nous donnerons quelques précisions sur nos malades et le régime apparemment responsable de leur caroténodermie, avant que de préciser et d'interpréter les troubles de leurs métabolismes spéciaux et généraux.

I. — Les caroténodermiques et leur régime.

Nous soulignerons d'emblée la fréquence et la banalité actuelles de ce syndrome que nous avons observé chez des malades atteints de diverses dermatoses, sans que l'âge, le sexe, la profession ou les infections intercurrentes puissent être retenus comme facteur prédisposant.

En commun, ces caroténodermiques avaient, par contre, un régime anormal.

La couleur même des téguments de notre premier malade avait fait préciser ce qu'il mangeait et le diagnostic avait été facilité par l'aveu d'une alimentation à base de 1 k*g.* de carottes par jour, à longueur de semaine et depuis plus de deux mois. Le hasard nous avait fait interroger un recordman. Les autres malades déclarèrent manger fréquemment des carottes, environ 300 *g.* par repas, la plupart des jours de la semaine, d'autres moins souvent. Mais tous insistèrent sur le fait qu'ils mangeaient aussi des rutabagas, des choux, des navets. Certains ne se nourrissaient même que de ces derniers aliments, d'ailleurs riches en carotène, à l'exclusion des carottes.

Cet apport exagéré en aliments riches en carotène paraissait donc expliquer de façon suffisante la coloration anormale de leurs téguments. Quelques enquêtes familiales laissaient cependant suspecter que le problème n'était pas aussi simple. La femme et les 4 filles de notre cas princeps ingéraient comme lui beaucoup de carottes à chaque repas. Trois filles avaient une caroténodermie extrêmement accusée, mais les téguments de leur quatrième sœur et de leur mère étaient d'une couleur normale.

D'autre part, interrogeant systématiquement nos malades d'hôpital, nous avons fréquemment obtenu mention d'une alimentation anormalement massive en végétaux chez des sujets à peau normale. Nous pouvons souscrire à l'aphorisme de Marcel Labbé et de Barthélemy, que « ne fait pas de caroténodermie qui veut ».

II. — Conduite des recherches.

Nous avons tenu à prendre un certain nombre de précautions pour étudier, de façon valable, les différents métabolismes de 17 de nos caroténodermiques.

Il était déterminé, pour chaque sang, sa teneur en carotène et en vitamine A, en protéines totales, en sérum-albumine et sérum-globuline, en cholestérol sans qu'il fût permis, faute d'éther de pétrole pour les extractions, de rechercher la lipidémie totale. Chaque fois que cela fut possible, il était pratiqué une mesure du métabolisme basal.

Ces déterminations purent être renouvelées chez quelques malades après administration de diverses thérapeutiques et même chez 2 d'entre eux un an plus tard, alors qu'ils n'étaient plus caroténodermiques. Enfin, les mêmes recherches furent pratiquées sur 10 témoins appartenant au même milieu familial ou hospitalier.

III. — Synthèse des résultats.

Du point de vue clinique et biologique, nous avons pu les répartir en 3 lots, car le degré de la caroté-

Étude comparative des perturbations humorales de 17 caroténodermiques et de 10 témoins.

	Carotène		Vit. A	Carotène / Vit. A.	Cholestérol	Protéine	Sérine	Globuline	Q. A.
	γ	U. I.	U. I.						
Chiffres normaux	25—60	40—100	80—120	0,5—0,7	1,5—1,7	75—85	45—52	25—33	1,3—1,8
6 Caroténodermiques majeurs	**219** (148—296)	**348** (216—493)	**195** (93—376)	**1,7** (1,3—3,5)	**1,85** (1,5—2,2)	**82,5** (73,1—91,5)	**49,2** (43,1—54,3)	**33,3** (26—37,5)	**1,4** (1,2—1,6)
11 Caroténodermiques mineurs	**66** (37—108)	**109** (61—180)	**75** (19—226)	**1,4** (0,7—1,3)	**1,61** (0,7—2,3)	**91,2** (81,4—119)	**59,6** (53—66)	**31,6** (20,7—48)	**1,89** (1,1—3,1)
10 Témoins	**13,9** (0—26)	**23,9** (0—13)	**32,1** (0—83)	**0,7** (0,1—3,3)	**1,18** (0,9—1,6)	**67,4** (50,4—74)	**42,6** (29,6—47,2)	**24,8** (19,6—28)	**1,7** (1,4—1,9)

Nota. — En gras les moyennes. — Entre parenthèses les chiffres extrêmes.

nodermie est apparu comme le reflet fidèle de la carotinémie.

En somme, en n'attachant qu'un sens d'orientation générale et sans se livrer à des opérations mathématiques qui faussent toutes les statistiques, nous avons pu cependant tirer quelques conclusions du tableau qui juxtapose les chiffres extrêmes et les valeurs moyennes dans chacune des 3 variétés étudiées.

Ces 27 malades ont subi les mêmes restrictions et ont eu une alimentation à prédominance végétarienne, avec abus variable d'aliments riches en carotène.

1° Le sang des 10 témoins est caractérisé par l'hypocholestérinémie et l'hypoprotidémie légères qui ont été signalées chez tous les sujets privés de viandes et de graisses. Malgré l'usage abondant de végétaux, leur vitaminémie est basse, mais proportionnellement moins faible que leur carotinémie, comme cela s'observe en période normale chez la plupart des sujets.

2° Par contre, les 11 cas de caroténodermies discrètes présentent une surcharge importante de leur sérum en carotène, dont une fraction seulement est transformée en vitamine A, ainsi qu'en témoigne l'élévation au-dessus de l'unité du quotient provitamine/vitamine.

Dans le sang de ces malades, la cholestérolémie est sensiblement normale, mais il y a, dans plusieurs cas, une élévation sensible des valeurs de la protidémie, au profit de la sérum-albumine. Le trouble du cycle du carotène serait donc accompagné d'une légère perturbation du métabolisme protidique.

3° Enfin, chez les 6 caroténodermiques majeurs, la carotinémie doublée, parfois même quadruplée, entraîne une transformation proportionnellement plus réduite en vitamine A, bien qu'il y ait hypervitaminémie. L'équilibre protidique est sensiblement normal. Sans qu'on puisse parler d'hypercholestérolémie accusée, il faut enregistrer des taux de cholestérol nettement supérieurs à ceux des variétés précédentes.

IV. — Interprétation.

Ainsi donc, il existe chez ces trois variétés de sujets des différences radicales dans le métabolisme du carotène et de la vitamine A et de simples nuances en ce qui concerne l'équilibre lipido-protidique.

Quels sont les facteurs à retenir dans le déterminisme de ces perturbations ? Avant tout l'apport alimentaire exagéré du carotène et peut-être un trouble du métabolisme général, par atteinte des organes qui régissent les principaux métabolismes spéciaux, notamment le foie et le corps thyroïde.

1° Nous ne reviendrons pas sur l'apport alimentaire anormal en carotène commun à tous nos malades, mais il faut souligner que les 6 caroténodermiques majeurs étaient ceux qui avaient vraiment « exagéré », ingérant 300 et parfois 500 *g.* de carottes à chacun des repas de tous les jours. Mais l'écart alimentaire n'est pas tout puisque certains de leurs commensaux de table et de restrictions n'étaient pas caroténodermiques.

2° Les recherches publiées récemment à la Société médicale des Hôpitaux de Paris ont insisté sur l'hyperlipidémie et l'insuffisance métabolique générale de ces caroténodermiques.

a) L'hypercholestérolémie de nos malades restait discrète, même dans les formes cliniques majeures. Signalons cependant que l'un d'eux était porteur, depuis cinq ans, d'un xanthome plan de la paupière gauche et d'une série de petits xanthomes punctiformes apparus plus récemment du côté droit.

Les cas sporadiques de caroténodermie publiés avant guerre concernaient surtout des diabétiques soumis à un régime végétarien exclusif. Divers auteurs, et notamment Marcel Labbé, Lian et Abassa, avaient tiré argument de leur forte hypercholestérinémie pour incriminer l'insuffisance hépatique de ces diabétiques dans l'inaptitude à achever la transformation du carotène alimentaire en vitamine A.

Nous avons retenu ce rôle possible du foie chez un certain nombre de nos malades qui avaient présenté, soit un passé vésiculaire (obs. IX et XIV), soit des manifestations cliniques d'insuffisance hépatique (obs. V, VI, VII, VIII, IX et XII). Cette fragilité était surtout nette dans les familles Del... et Lang... Mais reconnaissons qu'une opothérapie hépatique, même par voie parentérale, n'avait guère modifié l'allure clinique et humorale du syndrome.

b) L'insuffisance métabolique est vraisemblablement générale. Elle a été signalée par d'assez nombreux auteurs qui ont noté un abaissement du métabolisme basal chez les caroténodermiques. Nous n'avons pu faire effectuer cette détermination que chez 8 de nos 17 caroténodermiques : trois fois elle nous a procuré des chiffres normaux, mais dans d'autres cas il y avait un abaissement respectivement de 11, 14,6, 20,9 pour 100 de la valeur normale. Signalons que ces chiffres furent notés dans le groupe des caroténodermies discrètes, dont une malade portait de plus un goitre volumineux.

Cette diminution du métabolisme basal évoque l'hypothyroïdie qui s'accompagne, ainsi que Decourt, Guillaumin et nous-mêmes avons pu le signaler, d'une hypercholestérinémie, d'une hyperprotidémie et d'une hypersérinémie dont se rapprochent les perturbations humorales de notre deuxième groupe de malades. Mais l'administration d'extrait thyroïdien n'a pas donné chez eux de résultats plus nets que l'opothérapie hépatique chez les précédents.

c) Le trouble métabolique est souvent plus complexe et doit porter aussi sur d'autres glandes endocrines — notre malade goitreuse venait d'être ménopausée. La jeune fille de l'observation XI, nettement hypothyroïdienne, était aménorrhéique et l'apparition des règles après hormonothérapie s'accompagna de la rétrocession rapide d'une caroténodermie persistant longtemps après le redressement des erreurs alimentaires.

d) Mais à vrai dire le problème biologique essentiel posé par l'étude des caroténodermies est surtout celui de l'impossibilité pour certains organismes de transformer le carotène en vitamine A. Le coefficient provitamine/vitamine diffère très nettement chez les 10 témoins où il est inférieur à l'unité et chez les 17 caroténodermiques où il s'élève d'autant plus que la coloration cutanée est plus accentuée. En faveur de cette hypothèse nous pouvons fournir un document précis. Notre caroténodermique princeps, en 1942, avait un rapport carotène/vitamine de 496/376 U. I., soit 1,3. Un an plus tard, alors que le malade ne présentait plus la moindre coloration anormale, ce quotient tombait à une valeur normale de 0,66. Le fait est intéressant mais l'explication nous échappe.

En lisant le rapport de Chevallier on voit combien sont nombreux et interdépendants les facteurs qui agissent sur le cycle de la vitamine A dans l'organisme. On retient avant tout les facteurs hépatiques et thyroïdiens dont nous avons entrevu le rôle dans la genèse des perturbations humorales des caroténodermiques. Hormones et vitamines ne sauraient être séparées.

Nous avons pu suspecter le rôle de la vitamine D en administrant, en désespoir de cause, du stérogyl à ceux de nos malades dont la caroténodermie était particulièrement tenace.

L'observation de la jeune Lang... et de sa mère mérite d'être relatée : Cette jeune fille présentait, en Février 1942, une caroténodermie très accusée, alors que sa mère, qui partageait son régime, en était exempte. Quatre mois plus tard, malgré la suppression des carottes et des rutabagas, Gilberte Lang... était encore xanthodermique. Sa carotinémie n'était que de 65 U. I., mais le rapport vitaminique A était très défectueux, à 3,4. Trois jours après administration d'une ampoule de stérogyl 15, la carotinémie passait de 65 à 136 et la vitaminémie de 19 à 37, soit une élévation du simple au double. Chez la mère, prise comme témoin, pareille thérapeutique entraînait des variations de 12 à 75 de la carotinémie, et de 27 à 52 de la vitaminémie.

Cette constatation nous laisse entrevoir l'importance considérable de la vitamine D sur le cycle du carotène ou sur les organes qui président à sa transformation en vitamine A. Rappelons à ce sujet que l'administration de vitamine D à doses massives (une ampoule de stérogyl, 15 toutes les semaines ou toutes les quinzaines), nous a paru aider à la rétrocession de caroténodermies rebelles de 4 malades, sans modifications de leur régime, d'où les carottes et rutabagas avaient été exclus plusieurs mois sans amendement du syndrome cutané.

V. — Conclusions.

Telles sont les quelques constatations que nous avons pu faire en étudiant les différents métabolismes d'une série de caroténodermiques. Elles n'autorisent pas de conclusions formelles. C'est à tort qu'on attacherait une signification trop rigide à des déterminations qui essaient d'apprécier par des méthodes forcément fragmentaires des problèmes aussi complexes que le cycle d'une vitamine.

Néanmoins, quelques constatations faites dans cette étude gardent un sens d'orientation générale. La caroténodermie n'est pas la conséquence obligatoire, banale des régimes carencés, déséquilibrés, monovalents des temps actuels. Elle n'est observée que chez un certain nombre de sujets dont les organismes s'avèrent incapables de transformer en vitamine A l'excès de carotène apporté par un régime exagérément végétarien.

Il n'est pas possible de formuler exactement dès maintenant les raisons de cette inaptitude qui paraît relever, non seulement d'une déficience du foie ou du corps thyroïde, mais peut-être d'une insuffisance glandulaire plus générale. La découverte d'une caroténodermie prend donc la valeur d'un test cutané « d'actualité » d'insuffisance métabolique à prédominance hépato-thyroïdienne. Mais si elle apparaît comme l'exemple le plus courant des syndromes cliniques nouveaux de la pathologie obsidionale que nous vivons, la caroténodermie en est heureusement le moins grave.

GASTRECTOMIE TOTALE

Par **Jean DUVAL**

(Le Havre)

La gastrectomie totale est une intervention à l'ordre du jour. De nombreux travaux ont déjà paru sur sa technique et ses indications.

Ayant eu l'occasion de faire 4 gastrectomies totales, je me propose dans ce court travail de préciser certains points de la technique que j'ai employée au cours de ces différentes interventions.

Voici, rapidement décrites, ces 4 opérations :

1° Gastrectomie totale sous-cardiaque, pour un ulcère haut situé, avec sténose médio-gastrique Jéjuno-jéjunostomie. Suites normales. Revue en excellente santé.

2° Gastrectomie totale sous-cardiaque pour un néoplasme de la petite courbure. Jéjuno-jéjunostomie. Suites normales.

3° Gastrectomie totale sus-cardiaque pour un néoplasme adhérent de la partie haute de la petite courbure. Jéjuno-jéjunostomie. Suites normales. Revu en excellente santé. Mange de tout.

4° Gastrectomie totale trans-cardiaque pour un néoplasme de la totalité de l'estomac. Malade très fatiguée. Syncope pendant l'opération. Décédée le quatrième jour de complications pulmonaires.

Pendant ces interventions, je me suis rendu compte qu'il est souvent impossible de se ménager du péritoine cardiaque dans les lésions hautes de l'estomac et qu'il est difficile de suivre exactement la technique décrite par M. Lortat-Jacob [1].

J'ai eu recours à une technique légèrement différente qui m'a permis de protéger efficacement l'anastomose œsophago-jéjunale. De la qualité de cette anastomose dépend le succès de l'intervention et la vie des malades. C'est presque toujours d'une désunion partielle ou totale des sutures que les opérés meurent, l'œsophage disséqué étant mal vascularisé, complètement dépourvu de péritoine.

Pour tous les premiers temps, l'intervention est conduite absolument comme pour une gastrectomie normale. Quelques points sont plus particuliers à la gastrectomie totale, c'est eux que je vais étudier spécialement.

1° Libération de la grande courbure. — Cette libération est poussée jusqu'au cardia. Il est nécessaire de sectionner progressivement l'épiploon gastro-splénique, de lier la gastro-épiploïque gauche et tous les vaisseaux courts de l'estomac.

Il faut surtout veiller à ce que les ligatures soient bien faites et qu'elles ne lâchent pas. Les pédicules une fois sectionnés se perdent sous l'hypocondre gauche et il est bien difficile de les retrouver s'ils continuent à saigner.

Tout contre le cardia et sur sa face postérieure se trouve l'artère gastrique postérieure qu'il faut lier.

2° Section du tronc de la coronaire stomachique. — La ligature du tronc de l'artère stomachique est également facile. En tendant assez fortement l'estomac vers la gauche, l'artère apparaît dans la profondeur, soulevant le péritoine. En ouvrant le feuillet péritonéal on trouve l'artère et on la lie.

3° Libération de l'œsophage de l'orifice diaphragmatique. — M. Lortat-Jacob montre comment il faut procéder pour conserver le péritoine péricardiaque. Sa technique est ingénieuse et permet de ménager deux feuillets péritonéaux antérieur et postérieur. Ces deux feuillets sont utilisés secondairement pour compléter la péritonisation de l'anastomose œsophago-jéjunale.

C'est le point le plus original de son travail, il mérite d'être retenu et peut être utilisé toutes les fois que la dissection des deux feuillets en question est possible.

Mais dans une série de cas le péritoine péricardiaque ne peut être conservé : il est adhérent à la tumeur qui remonte très haut, il est infiltré, il ne peut être disséqué, se déchire et en définitive est réduit à une simple lamelle qui ne peut avoir aucune utilité.

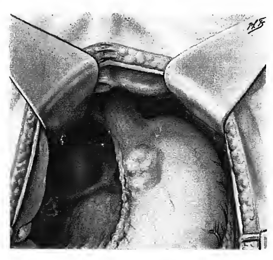


Fig. 1. — Libération et abaissement de l'œsophage.

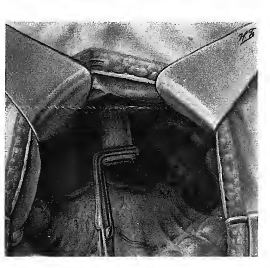


Fig. 2. — Section de l'estomac au-dessous d'un clamp courbe, placé immédiatement au-dessous du cardia.



Fig. 3. — *a-a*, fixation de l'anse jéjunale au diaphragme ; *b*, premier plan postérieur musculo-séreux à points séparés entre la face postérieure de l'œsophage et la face antérieure de l'anse descendante.

C'est dans ces nombreux cas que je préconise une technique différente, permettant une excellente péritonisation de l'anastomose.

Progressivement l'œsophage est libéré du diaphragme en sectionnant les différents tractus qui le fixent dans la profondeur. Ce temps est important, plus l'œsophage est libéré, plus les sutures sont faciles. Elles se font plus à l'extérieur, moins en profondeur, sous le diaphragme.

Autant que possible il faut se tenir loin de la musculeuse afin de conserver toute son épaisseur et surtout toute sa vascularisation (fig. 1).

4° Section de l'estomac. — La totalité de l'estomac est très gênante pour toutes ces manœuvres, aussi je crois que l'on a intérêt à sectionner très rapidement l'estomac au-dessous d'un clamp courbe, placé immédiatement au-dessous du cardia. Ce clamp, tout en fermant la partie inférieure de l'œsophage, sert de tracteur et facilite les sutures.

Il en est de l'œsophage comme du duodénum. Quand il s'agit d'un ulcère de la première portion, adhérent au pancréas, il est souvent beaucoup plus facile de procéder au décollement duodéno-pancréatique après avoir sectionné l'estomac, avant le pylore, entre deux clamps de Pauchet (fig. 2).

5° Anastomose œsophago-jéjunale. — Elle comprend les différents temps suivants :

a) *Fixation de l'anse jéjunale au diaphragme.* — Il est indispensable de prendre une anse jéjunale très longue qui se laisse facilement attirer sous le diaphragme. Il ne faut pas hésiter à couper une artère mésentérique si cela est nécessaire. Cette anse est fixée au diaphragme, comme le conseille F. d'Allaines [2], par deux ou trois points, exactement en arrière du bout œsophagien, de façon que l'anse efférente descende verticalement, continuant la direction de l'œsophage (fig. 3), l'anastomose devant être transversale par rapport à l'axe vertical de l'œsophage et de l'anse efférente.

b) *Plans postérieurs.* — La partie postérieure de l'œsophage est alors fixée à la face antérieure de l'anse jéjunale, premier plan musculo-séreux fait aussi haut que possible, deuxième plan musculo-séreux à 1 *cm.* plus bas de façon à n'avoir pas une ligne de suture, mais une véritable surface d'accolement entre l'œsophage et le jéjunum. Ensuite l'œsophage est ouvert transversalement au-dessus du clamp courbe, le grêle est ouvert également et l'on fait le plan total postérieur. Il faut avoir soin de ne pas faire une trop grande ouverture sur le grêle, 2 *cm.* suffisent le plus souvent, car l'ouverture ainsi faite a une tendance à s'agrandir facilement et à devenir beaucoup plus importante que celle de l'œsophage qui est peu extensible (fig. 3, 4 et 5). Ensuite section de la partie antérieure de l'œsophage. Le clamp courbe est enlevé avec le cardia.

c) *Plans antérieurs.* — Il suffit de terminer l'anastomose par un plan total antérieur et un plan musculo-séreux (fig. 6).

d) *Péritonisation antérieure.* — C'est là le point le plus important de ma technique, point sur lequel je me permets d'insister particulièrement (fig. 7).

Dans le cas où l'on n'a pu se ménager un feuillet péritonéal, comme le conseille M. Lortat-Jacob, la suture antérieure ne peut être renforcée. L'anasto-

1. *Journal de Chirurgie*, Juin-Août 1942.

2. F. d'Allaines et J. Rachet : Académie de Chirurgie, 3 Décembre 1941.

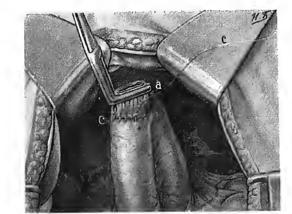


Fig. 4.

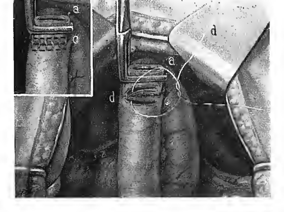


Fig. 5.

Fig. 4. — *c*. deuxième plan postérieur, musculo-séreux, à 1 *cm*. au-dessous du premier plan, de façon à avoir une véritable surface d'accolement entre la face postérieure de l'œsophage et la face antérieure de l'anse descendante.

Fig. 5. — *d*, ouverture transversale du jéjunum, ouverture transversale de l'œsophage, plan total postérieur à points séparés.

mose parfaitement protégée en arrière par une véritable surface qui empêche toute déhiscence est, par contre, beaucoup plus fragile en avant, le surjet musculo-séreux superficiel étant loin d'avoir la valeur du surjet séro-séreux qui fixe le grêle à l'estomac dans une gastrectomie ordinaire. Souvent les points coupent sur l'œsophage et le plan total antérieur est mal recouvert.

C'est la mauvaise qualité de ce plan musculo-séreux qui fait que les sutures lâchent et qu'une fistule bénigne ou grave apparaît vers le quatrième ou le cinquième jour après l'opération.

Aussi ai-je eu l'idée de renforcer toute la partie antérieure de l'anastomose en question, comme cela a été fait pour la face postérieure, en utilisant l'anse afférente ascendante.

Si cette anse est prise assez longue, il est possible de la faire tourner autour d'un axe vertical représenté par le bord gauche de l'œsophage et le bord gauche de l'anse descendante, puis de la placer au-devant des sutures.

La face antérieure de l'anastomose est ainsi péritonisée exactement comme la face postérieure. En haut, l'anse retournée est fixée au diaphragme, à droite, au bord droit de l'anse descendante.

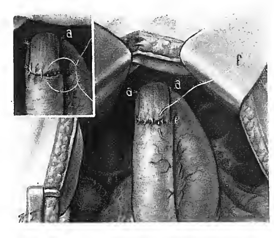


Fig. 6. — *e*. plan total antérieur et plan musculo-séreux superficiel.

En définitive, le bout œsophagien est complètement péritonisé de tous côtés par l'anse jéjunale : en arrière l'anse efférente descendante, en avant l'anse afférente ascendante, à droite par la suture des deux anses, à gauche par le coude qu'elle forme et le mésentère.

6° Anastomose jéjuno-jéjunale. — Comme l'anse jéjunale se trouve très coudée sous le diaphragme et que les sucs bilio-pancréatiques peuvent avoir des difficultés à passer, je crois qu'il est préférable de faire une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

Cette anastomose jéjunale transméso-colique est placée au-dessous du méso-côlon dont les deux feuillets sont fixés aux deux anses.

Dans les 4 opérations décrites ci-dessus je n'ai pas utilisé la sonde conseillée par M. Lortat-Jacob. Je ne crois pas que cette sonde soit absolument indispensable.

Conclusion. — Je pense que la gastrectomie totale peut être faite dans de nombreux néoplasmes gastriques. Quand la région du cardia n'est pas infiltrée, que le péritoine est libre, elle est d'exécution relativement facile, surtout chez des individus maigres. Si le péritoine ne peut se libérer, la technique que je viens de décrire permet d'y remédier et assure une bonne protection de l'anastomose œsophago-jéjunale.

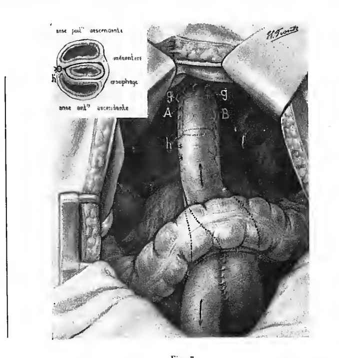


Fig. 7.



Fig 8.

Fig. 7. — Retournement de l'anse ascendante qui est placée au-devant de l'anastomose pour assurer sa péritonisation antérieure ; *g*. fixation de l'anse à l'orifice diaphragmatique ; *h*, fixation de l'anse afférente à l'anse efférente ; A B, coupe transversale montrant l'œsophage complètement entouré par l'anse ascendante, le mésentère, l'anse descendante. Jéjunostomie complémentaire sous-méso-colique.

Fig. 8. — Aspect radiologique de l'anastomose œsophago-jéjunale dans une gastrectomie sus-cardiaque, observation n° 3.

LES DÉBUTS AIGUS
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
DÉBUT VRAI
OU RÉVÉLATION CLINIQUE SOUDAINE ?

PAR MM.

M. BARIÉTY et P. BOULENGER

Découvrir la phtisie à son stade initial constitue depuis fort longtemps la préoccupation majeure des cliniciens. L'intérêt scientifique et la confiance dans l'efficacité du traitement précoce expliquent ce désir de tous. Il n'est pas dans notre intention de discuter ce souci : d'autres auteurs l'ont envisagé déjà [1]. Une question nous préoccupe plus spécialement. Le passage de l'état de santé à celui de maladie est-il le fait d'un envahissement lent et progressif de l'organisme ? Est-il au contraire soudain ?

Les idées sur ce point de doctrine sont passées par deux phases principales. Au cours du siècle dernier, sans méconnaître les formes aiguës, les auteurs admettaient, en général, l'existence d'une longue phase préliminaire plus ou moins insidieuse avant la phtisie proprement dite. Grancher [2] devait même condenser toutes ces notions et affirmer la réalité d'une période de germination caractérisée par la croissance et la fusion progressives des cellules géantes tuberculeuses qui aboutissaient peu à peu à la formation de tubercules miliaires. De plus, la constatation assez fréquente (Laennec, Cruveilhier, Brouardel) de tubercules cicatrisés à l'autopsie de sujets morts d'une autre affection démontrait la guérison possible de ces lésions. Grancher concluait que « le développement des tubercules se fait, sauf exception, très lentement et par poussées séparées par de longues périodes d'immobilité et de calme » et que « les tubercules de la première période guérissent facilement » alors « qu'au contraire des éclosions successives conduisent directement à la phtisie, c'est-à-dire à la mort [3] ».

A cette conception, communément acceptée pendant longtemps, vinrent s'associer plus récemment des notions nouvelles : avant tout la fréquence des processus pneumoniques au cours de la tuberculose pulmonaire (Tripier et l'école lyonnaise, Bezançon et ses collaborateurs, Rist et Ameuille [4]) comme aussi la rareté de la découverte radiologique des petites lésions qui devraient signaler le début de l'affection. On en arrive ainsi à reconnaître la fréquence des débuts cliniques soudains de la tuberculose-maladie (Rist et ses collaborateurs [5]).

On ne saurait trop apprécier le mérite des cliniciens qui, dès 1916 [6], insistèrent pour que l'on apprît à penser à la tuberculose en présence d'une série d'affections aiguës appelées volontiers congestions pulmonaires, grippes, pleuro-pneumonie, etc. Des études précises faites un peu plus tard confirment cette thèse en montrant que les débuts brusques représentent 50 pour 100 et parfois un peu plus [7] de l'ensemble des cas de tuberculose pulmonaire chronique.

1. P. Ameuille : De la curabilité de la tuberculose à son début. *Revue médicale française*, 1937, 18e année, 291-297.

2. F. Grancher : *Maladies de l'appareil respiratoire* (Doin), Paris, 1890. (Voir *Leçons sur le début de la tuberculose pulmonaire et sur la période de germination de la phtisie pulmonaire*, 125-169.)

3. *Loc. cit.*, 140.

4. Tripier : Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire. *Congrès international de la Tuberculose*, Washington, 1908. — F. Bezançon et P. Braun : Foyers pneumoniques tuberculeux curables. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1912, **34**, 409-417. — P. Braun : Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux. *Thèse de Paris*, 1911. — E. Rist et P. Ameuille : La pneumonie tuberculeuse. *Paris-Médical*, 1922, 14-21.

5. E. Rist : Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. *Revue de la Tuberculose*, 1930, **11**, 5-32. — E. Rist : *Symptômes de la tuberculose pulmonaire* (Masson, édit.), Paris 1943, 387-390. — A. Dudan : De la fréquence du début brusque de la tuberculose pulmonaire chronique. *Ann. de Médecine*, 1925, **17**, 363-379. — M. Blanche : Les débuts cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Thèse de Paris*, 1927 (Legrand, édit.).

6. E. Rist : Principes du diagnostic rationnel de la tuberculose pulmonaire chronique. *La Presse Médicale*, 1916, 305-307.

7. Le Bourdellès, Picot et Gérard : La tuberculose pulmonaire chronique à début brusque dans l'armée. *Société de Médecine militaire française*, 1930, 255-263.

Une double notion est alors mise en évidence :

1° Le début de la tuberculose pulmonaire est souvent brutal, en pleine santé apparente.

2° Il va de pair avec des lésions anatomiques très étendues d'emblée, qui peuvent atteindre la moitié ou la presque totalité d'un lobe. Tout se passe, dans certains cas, comme s'il y avait une véritable explosion des lésions anatomiques, hypothèse qui a pu être vérifiée, dans quelques observations, par des radiographies prises à faible intervalle. Ces faits sont aujourd'hui classiques.

*
* *

Une observation récente, prise à titre d'exemple, conduit à quelques considérations particulières sur ces questions :

Observation. — Mlle D. O..., 14 ans, est examinée le 1er Mai 1943, à l'occasion d'une visite prophylactique rendue nécessaire par l'existence d'une tuberculose bacillifère diagnostiquée une semaine auparavant chez sa sœur aînée. Le jour de l'examen, Mlle D... est en bonne santé et ne présente aucun signe clinique particulier. Mais l'examen radiologique révèle, à notre grande surprise, *une infiltration excavée de la moitié supérieure du poumon gauche et de l'apex droit.*

Il est capital de remarquer l'absence complète de tous symptômes généraux et fonctionnels.

Trois jours plus tard, nous revoyons cette jeune fille pour lire la cuti-réaction. Celle-ci est positive ; mais surtout nous apprenons que depuis la veille notre petite malade s'est sentie fatiguée ; sa température, normale jusque-là, est brusquement montée à 39°. En même temps sont apparues une toux légère et de l'oppression. En quelques jours, l'évolution générale jointe aux signes radiologiques amène à faire le diagnostic de phtisie galopante. La mort survient le 5 Juin 1943, cinq semaines après le début clinique.

En résumé : dans une famille où la sœur aînée âgée de 20 ans est reconnue tuberculeuse, un examen prophylactique de tous les autres membres révèle une tuberculose excavée chez une jeune fille de 14 ans, bien portante en apparence. Deux jours après l'examen les signes cliniques se manifestent brutalement, et la maladie évolue alors comme une phtisie galopante.

L'intérêt de cette observation tient à la chronologie des constatations radiologiques et cliniques.

Sans la visite systématique du 1er Mai, la poussée fébrile, seule, aurait légitimé l'examen médical de la malade et l'affection se serait alors présentée comme une maladie à début brusque. L'étendue des images radiologiques n'aurait pas surpris, puisque l'on connaît bien leur développement d'emblée important dans certaines tuberculoses pulmonaires chroniques. A plus forte raison l'admet-on aussi dans les processus aigus. Mais dans notre cas particulier, le hasard seul nous a permis de prouver la latence des lésions anatomiques préalables, quelque étendues qu'elles fussent. On peut donc admettre, sans forcer les faits, que *le début anatomique a été insidieux et que seule la révélation clinique a été brutale.* La longueur de la phase « présymptomatique » nous a échappé. Elle atteint parfois plusieurs semaines chez des sujets en bonne santé apparente trouvés porteurs, par hasard, de lésions muettes lors d'un dépistage radiologique systématique, et chez lesquels on voit éclore brusquement des accidents aigus durant le temps qui s'écoule entre la constitution du dossier et le départ en cure de repos.

*
* *

Des cas analogues méritent quelques commentaires.

Quelles données possède-t-on, en effet, dans la tuberculose à début aigu, sur la chronologie des lésions anatomiques et des symptômes révélateurs ?

Les auteurs précités, et plus particulièrement M. Rist, ont fourni sur ce sujet des précisions très nettes. Pour eux, la lésion tuberculeuse peut se produire très vite, « en huit jours ». La tuberculose débute comme une pneumonie, et souvent c'est la moitié d'un lobe ou un lobe tout entier qu'elle envahit d'emblée [8].

Le cas d'une fille de service de 20 ans, travaillant à l'hôpital de Berck, démontre nettement cette possibilité. Chez cette personne, un examen radiologique pratiqué huit jours après un début soudain permit de constater une condensation occupant tout le lobe supérieur du poumon gauche. Or, le hasard avait amené cette malade à subir, trois semaines auparavant, un examen systématique au cours duquel la radioscopie avait montré l'intégrité des champs pulmonaires.

8. *Loc. cit. Revue de la Tuberculose*, 1930, 18.

Dans un tel cas, au contraire du nôtre, le parallélisme entre les signes cliniques et les lésions semble avoir été absolu. En est-il toujours ainsi dans les débuts aigus [9] ? Peut-être, mais les multiples observations rapportées, par exemple dans la thèse de Blanche, sont bien moins démonstratives. Le plus souvent, en effet, aucun examen antérieur n'a eu lieu et l'absence de lésions préalables appartient au domaine de l'hypothèse. De plus, les constatations radiologiques montrant des lésions étendues ont été faites assez tardivement — plusieurs semaines, voire deux à trois mois après le début clinique.

En outre, peut-on conclure avec certitude à la constitution toujours rapide des lésions, du fait que le sujet était en apparence bien portant auparavant ? L'observation que nous venons de rapporter permet au moins de poser cette question.

D'ailleurs, dans les nombreux cas de début aigu, la bonne santé antérieure est-elle si constante ? Oui, si l'on prend comme critère l'aptitude au travail ; non, si l'on s'arrête à de multiples symptômes — fatigue légère, toux matinale, douleurs pectorales — dont l'existence s'est parfois manifestée bien des mois avant le diagnostic de la maladie.

En bref, si les faits interprétés comme des débuts aigus ont eu l'immense mérite d'attirer l'attention des médecins sur des aspects trompeurs de la tuberculose, à une époque où on les méconnaissait aisément, il semble que dans bien des cas il se soit agi *non de début anatomique brusque, mais uniquement de révélation clinique soudaine.*

*
* *

Ce raisonnement, s'il est exact, conduit à reconsidérer l'intérêt des débuts insidieux et progressifs de la tuberculose pulmonaire.

N'oublions pas que, dans les travaux précités, ce type de manifestation initiale représente 50 pour 100 des cas. D'ailleurs, du point de vue clinique, on sait bien qu'une hémoptysie survenant en pleine santé apparente fait quelquefois découvrir des lésions importantes, dont il faut admettre l'extension à bas bruit jusqu'à cet accident révélateur.

A vrai dire, ce sont surtout les examens systématiques mis actuellement en œuvre qui montrent la réalité de ces lésions pulmonaires souvent minimes et absolument ignorées. De tels faits amènent à se demander s'il n'y a pas là matière à réhabiliter en partie la conception d'une phase latente et d'une extension progressive de certaines tuberculoses à partir d'une lésion initiale très petite.

Il est certain qu'on ne peut s'avancer dans une telle interprétation qu'avec une grande prudence.

Et pourtant, c'est un problème posé presque quotidiennement aux phtisiologues. Il est particulièrement ardu devant ces petites images sous-claviculaires de la taille d'un noyau de pêche, voire d'un noyau de cerise, que les examens systématiques nous montrent assez fréquemment chez des sujets en apparence bien portants. Sommes-nous là en présence d'une tuberculose abortive dont l'existence est, par ailleurs, indéniable [10] ? S'agit-il au contraire d'une lésion qui, livrée à son destin, grossirait peu à peu et se manifesterait tôt ou tard par une de ces révélations cliniques soudaines dont nous avons parlé plus haut ? L'observation clinique amène à penser que nombre de ces images constituent le véritable début de la tuberculose-maladie et que leur valeur ne doit pas être sous-estimée.

Cette conception, si l'on veut bien l'admettre, est grosse de conséquences. Comme l'a fait remarquer Ameuille [11], qui conteste d'ailleurs ce point de vue,

9. Dans une observation récente présentée à la Société médicale des Hôpitaux, M. Ameuille a relaté un nouveau cas où le parallélisme semble avoir été absolu entre les signes cliniques et le développement des lésions. *Soc. Méd. Hôp. de Paris.* Séance du 18 Juin 1943.

10. L. Bard : *Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire* (Maloine, édit.), Paris 1927. — P. Ameuille, E. et C. Kudelski : Problèmes des tuberculoses abortives. *La Presse Médicale*, 1936, 1580-1583.

11. *Loc. cit. Revue Médicale française*, 1937.

toute tuberculose qui évolue défavorablement engagerait une série de responsabilités : celle du malade qui n'a pas su se prêter à temps à la surveillance médicale, celle du médecin qui n'a pas fait le nécessaire pour découvrir la maladie, et surtout celle de la société qui n'a pas organisé convenablement le dépistage précoce, c'est-à-dire la médecine préventive.

D'une façon indirecte, ces considérations sur le début de la tuberculose-maladie soulignent la portée du débat et montrent que la discussion n'est nullement byzantine.

Admettre, en effet, que la tuberculose une fois sur deux débute soudainement, c'est enlever à la médecine préventive fondée sur les examens systématiques répétés une partie de son efficacité théorique. A quoi bon faire tous les ans des examens radiologiques si tel individu jugé sain [12] à l'un de ces examens devient soudainement malade trois à quatre mois plus tard.

Si, de plus, on pense que la plupart des images ainsi décelées concernent des formes abortives, pourquoi faire tant de frais pour une action dont le résultat sera de créer de faux malades en arrêtant les sujets porteurs de lésions non évolutives et de laisser survenir comme par le passé les vraies tuberculoses-maladies à début soudain ?

Le problème vaut la méditation, car il implique, suivant la solution qu'on lui donne, l'approbation ou la négation de ces examens en série, de ce « cadastre radiologique » de la population dont certains auteurs ont parlé. Etant donné l'importance des intérêts mis en jeu — examens de villes entières lors de prospections faites récemment par les auteurs allemands [13] — il importe, si l'on désire suivre cette voie, d'avoir une doctrine cohérente.

Pour notre part, sans vouloir discuter ici la signification des tuberculoses dépistées par l'examen systématique — problème qui a déjà été envisagé [14] — nous avons voulu retenir l'attention sur les débuts insidieux et la marche progressive de certaines lésions originelles qui peuvent se développer soit d'une façon continue, soit par poussées, et aboutir, au bout d'un temps variable, à une révélation clinique tantôt soudaine, tantôt au contraire plus discrète. Sans doute d'ailleurs, le déterminisme de la modalité clinique tient-il plus à la faculté de réaction de l'individu qu'au bacille lui-même.

En conclusion. — Il est indiscutable que le début clinique de la tuberculose est fréquemment soudain. *Début aigu* vrai avec parallélisme rigoureux des lésions et des symptômes ou *révélation clinique soudaine* après une phase anatomique insidieuse ou latente, pendant un temps plus ou moins long ? Nous manquons actuellement de données statistiques suffisantes pour apprécier la fréquence de l'une ou l'autre éventualité. Mais les observations recueillies au cours d'examens systématiques, qui permettent de constater la précession manifeste des signes radiologiques sur les symptômes cliniques, autorisent à penser que la seconde hypothèse est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit aujourd'hui. C'est dire l'importance que présente le dépouillement méthodique des résultats fournis par les examens radiologiques systématiques, à condition que ceux-ci portent sur des collectivités bien choisies et soient interprétés par des phtisiologues qualifiés, l'importance aussi qu'il y aurait à connaître le devenir des sujets dépistés. L'avenir de la médecine préventive en dépend.

12. Rien ne dit d'ailleurs que le rythme annuel des examens systématiques soit le meilleur. Il doit être fonction de l'âge des sujets de leur sexe, des risques de contamination auxquels ils se trouvent soumis. *Cf.* H. Braeuning : L'intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose chez les sujets de plus de 15 ans. *Bulletin de l'Union internationale contre la Tuberculose*, 1940, **17**, 125-151 et, du même auteur: *Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen* (*G. Thieme*, édit.), Leipzig, 1941.

13. H. Storcksdieck : Ergebnisse einer Röntgenreihenuntersuchung in Westfalen. *Z. Tbk.*, 1942, **88**, 7-22. — Schrag : Ergebnis der Volksröntgenuntersuchung in Stuttgart bezüglich Tuberkulose und Prüfung der Frage der Notwendigkeit der Volksröntgenuntersuchung im Krieg. *Z. Tbk.*, 1942, **88**, 233-253.

14. F. Meerssemann : Résultats de l'observation prolongée de 113 sujets trouvés porteurs d'images « douteuses » lors de l'examen radiologique systématique à l'incorporation ou durant le service militaire. *IXe Congrès national de la Tuberculose*, Lille 1939 (*Masson*, édit.), 393-400.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 Novembre 1943.

Présentation d'un buste de Chantemesse. — Allocution de M. **Balthazard**, président.

La neurolymphomatose des gallinacées; étude d'une épidémie dans un grand élevage. — MM. **Lhermitte, de Ajuriaguerra** et **Fouquet** ont étudié, dans un élevage de l'Ile-de-France, une épidémie de la soit-disant polynévrite aviaire qui se traduit par des paralysies localisées, puis généralisées, par des altérations des globes oculaires et une cachexie terminale. Anatomiquement, il s'agit d'une neurolymphomatose, avec infiltration massive de lymphocytes dans tout l'axe cérébro-spinal et les nerfs périphériques, les lésions dégénératives étant assez discrètes.

Cette épidémie, analogue à celles qui ont sévi dans divers pays, a porté, de 1934 à 1940, sur des poules leghorns strictement sélectionnées, dont le troupeau a été presque entièrement détruit ; des poules de basse-cour transplantées sur le terrain d'élevage ont été contaminées comme les leghorns; aucun facteur nocif n'a pu être mis en évidence dans le sol ou la nourriture ; l'adjonction de vitamines dans la nourriture est restée sans effets, mais certains signes dépendent sans aucun doute d'une carence en vitamine B_1.

Rôle fonctionnel des globulines. — M. L. **Binet** présente une note de M. M. **Bierry** (Marseille) qui étudie la double fonction énergétique et immunologique qu'exercent les globulines; les glucidoprotéides, par leur partie glucidique, entrent dans le cycle de la nutrition. Les globulines interviennent puissamment dans le processus d'immunologie; l'antigène introduit dans le milieu intérieur exerce une perturbation qui va provoquer des activités réactionnelles cellulaires et sanguines; des groupes actifs prennent naissance ; les globulines deviennent le support colloïdal de ces groupements et, tout en conservant leurs propriétés d'espèces, vont orienter leur spécificité dans une voie nouvelle.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 pour 100. — M. N. **Fiessinger** présente une note de MM. J. **Trémolières** et **R. Erfmann** qui ont soumis 7 hommes normaux à un régime de base constant complété pendant des périodes d'au moins 10 jours par 300 *g.* de pommes de terre, puis par 300 *g.* de pain à 98 pour 100, puis par 300 *g.* de pain à 80 pour 100; l'N fécal, l'N urinaire et le poids fécal furent déterminés quotidiennement. Les auteurs ont constaté une augmentation de l'excrétion azotée fécale de 0 *g.* 72 par jour pour le régime avec pain à 98 pour 100 par rapport au régime avec pommes de terre et de 0 *g.* 32 à 1 *g.* 36 par rapport au régime avec pain à 80 pour 100; la perte azotée fécale due au pain à 98 pour 100 est donc 4 à 5 fois plus forte que le gain dû au blutage. Cette augmentation de l'excrétion azotée fécale ne se produit que progressivement au bout de 6 jours en moyenne, donc après un délai sans rapport avec la durée de la traversée digestive, ce fait élimine une origine directement alimentaire de l'augmentation de l'excrétion azotée, amenant à réviser la notion classique des coefficients d'utilisation digestive et mettant le processus sous la dépendance d'une action spécifiquement intestinale.

Election d'un membre libre. — Sont classés en 1re ligne : M. **Joliot**, en 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Herpin, Kling, Lassablière et Mme Randoin; adjointe par l'Académie, Mme Phisalix.

Au 1er tour, M. Joliot obtient 38 voix contre 34 à M. Armand-Delille, 4 à Mme Randoin, 1 à Mme Phisalix et 1 à M. Lassablière.

Au 2e tour, M. **Joliot** est élu par 44 voix contre 39 à M. Armand-Delille.

7 Décembre.

Rapport au nom de la Commission du rationnement alimentaire sur le dégermage du blé. — M. **Le Noir**, rapporteur, rappelle que le germe de blé représente au point de vue alimentaire une fraction importante du blé, si ce n'est qualitativement, du moins par la qualité de certains de ses constituants (minéraux, vitaminiques, etc.) ; la Commission estime : « 1° Que l'extraction du germe, si elle était généralisée, constituerait une opération contraire aux intérêts de la santé publique et qu'il y a lieu, par conséquent, d'interdire cette généralisation ;

« 2° Que le dégermage doit avoir comme unique but d'obtenir la quantité de germes utiles à la préparation des produits médicinaux ou diététiques, qu'il doit être limité dans les circonstances présentes aux quantités nécessaires à des fins thérapeutiques telles que ces quantités seraient déterminées par une étude spéciale de la Commission du rationnement pharmaceutique. »

— Ces conclusions sont adoptées.

Sur les variétés multiples du colibacille, agent pathogène et sur leur unicité fondamentale. — M. H. **Vincent** rappelle que les nombreuses variations des caractères culturaux, biochimiques et antigéniques sont connues depuis longtemps; la diversité antigénique n'a pas de relation avec l'immunité; dans la constitution complexe des bactéries ou des virus, il existe parfois des antigènes communs, d'autres variables, qui expliquent les agglutinations croisées ou irrégulières et n'ont qu'une place secondaire dans la notion de spécificité; en tous cas, la réaction positive ou négative d'agglutination ou de précipitation ne constitue qu'un critérium relatif d'identité microbienne et surtout n'a aucune signification d'immunité ; elle ne saurait être invoquée comme test de la valeur du vaccin antitypho-paratyphique.

Les colibacilles non pathogènes conservent leur potentiel pathogène et toxigène; des saprophytes inertes peuvent acquérir des propriétés virulentes, sécréter des toxines, être vaccinantes, déterminer l'immunité, produire des anti-sérums. L'auteur a montré le premier que le bacille de la pomme de terre, qui a des colonies rugueuses, donne, lorsqu'il est devenu virulent et toxigène, des colonies lisses; les autres saprophytes ont la même particularité et bien qu'évolués conservent leur individualité raciale, car on peut les ramener à leur type primitif.

Le colibacille, sous ses variétés diverses et quels que soient ses antigènes secondaires, conserve son entière spécificité, peut reprendre sa virulence, sécréter ses toxines neurotrope et entérotrope, tuer le lapin, donner lieu à un sérum actif antimicrobien et antitoxique. A côté de ses variétés secondaires, le colibacille présente des caractères fondamentaux pathogènes, toxigènes et immunigènes qui lui confèrent sa véritable spécificité; les autres particularités de ce microbe n'ont pas de valeur aux points de vue clinique et immunologique qui intéressent seuls la médecine et la chirurgie.

L'anatoxine diphtérique : 20 années d'application à la prophylaxie de la diphtérie dans le monde et en France. — M. G. **Ramon** rappelle qu'il y a très exactement 20 ans que l'anatoxine a été découverte et préconisée pour la vaccination antidiphtérique. A l'heure présente, des dizaines et des dizaines de millions d'individus ont bénéficié de par le monde de la méthode française de prophylaxie spécifique de la diphtérie; il n'est guère de procédé d'immunisation qui ait eu un tel essor universel et qui, de ce fait, ait reçu une consécration plus éclatante en si peu de temps. Les résultats obtenus dans tous les pays comme en France ont démontré l'innocuité comme l'efficacité de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique; ils entraînent la conviction de voir disparaître la diphtérie, comme a disparu la variole, par la pratique systématique, généralisée de la vaccination par l'anatoxine qui, partout où elle a été judicieusement et soigneusement appliquée, a permis une réduction le plus souvent considérable de la morbidité et de la mortalité due à la diphtérie. De tels résultats sanctionnent enfin l'importance pratique de la découverte, annoncée il y a aujourd'hui 20 ans, de l'anatoxine diphtérique et de la méthode anatoxique de vaccination antidiphtérique.

Macrophagie plasmodiale spléno-hépato-ganglionnaire d'origine inconnue : la plasmodose macrophagique. — MM. **Noël Fiessinger** et **Roger Leroux**, à l'occasion de 2 observations dont les caractères cliniques communs furent une splénomégalie chronique, une anémie variable à formule leucocytaire normale et des manifestations infectieuses irrégulières, insistent sur une lésion commune retrouvée dans la rate, les ganglions et le foie, sous forme d'une infiltration par d'énormes plasmodes autour desquels se serrent des amas lymphocytaires, sans aucune raison de suspecter une tuberculose; à l'intérieur de ces plasmodes existent des masses amorphes sidéro-calcaires d'aspect feuilleté. Après avoir éliminé la notion de macrophagie d'éléments exogènes, les auteurs mettent en relief les arguments histologiques qui plaident en faveur d'une macrophagie endogène de corps inertes provenant du métamorphisme à type dégénératif de la substance fondamentale, comme on l'observe à l'égard de dépôts amyloïdes localisés.

Contribution à l'étude de la transmission à l'homme d'une dermatomycose fréquente du veau. — MM. **A.** et **R. Sartory** et **F. Kocher** rapportent deux nouveaux cas humains d'herpès circiné dus aux mêmes germes que l'anders des veaux. L'inoculation peut se faire par contact direct avec des veaux ou par la piqûre de poux de tête ou de poux de corps susceptibles d'être porteurs des germes ou de leurs spores ; peut-être faut-il aussi retenir la possibilité de contamination par les poux des gallinacés, des puces ou des punaises.

14 Décembre.

Rapport sur les prix. — M. Brouardel.
Proclamation des prix. — M. Balthazard.
De la vocation médicale. — M. Ch. Achard.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

1er Décembre 1943.

A propos du procès-verbal. — M. **Merle d'Aubigné**, traitant des fractures de la clavicule, montre 6 exemples de réduction et de contention obtenus par l'embrochage à l'aide de broches de Kirschner. Il a fallu presque toujours une incision minime pour assurer une exacte réduction. La présence d'un fragment intermédiaire est plus fréquente qu'on ne le dit et peut nécessiter un cerclage.

— M. **Rudler** insiste aussi sur cette existence du fragment intermédiaire, à cercler à ciel ouvert.

Hypothermie post-opératoire. — M. **Bailliat** (Perpignan), après une gastrectomie chez un homme âgé, observa pendant 2 jours une hypothermie à 34°5 avec pouls à 60.

— M. **J. Gosset**, rapporteur, se demande s'il ne s'est pas agi d'un dysfonctionnement des centres neuro-végétatifs qui règlent la température.

Choc grave traité par la rachi-anesthésie. — M. **Suire** (Niort), après une laparotomie pour ascite et kyste ovarien rompu, effectuée sous anesthésie générale à l'éther, constate un état de choc inquiétant. Il pratique à la fin de l'intervention une rachi-anesthésie à la percaïne, puis fait du sérum adrénaliné intraveineux. Le résultat est excellent.

— M. **Gosset**, rapporteur, dit que si l'influence de la rachi-anesthésie n'est peut-être pas démonstrative dans ce cas, la pratique n'en a, à tout le moins, pas été nocive pour le malade.

A propos du traitement des hernies étranglées. — M. **Métivet** apporte à la discussion en cours la statistique de son service. Il insiste sur quelques points : possibilité de hernies étranglées dans une éraillure du grand oblique; existence de formes sans signes locaux où l'on est intervenu par voie médiane; nécessité d'être large lorsqu'il faut une résection intestinale, car l'infarcissement post-opératoire de l'anse afférente est possible.

— M. **Rudler** communique 6e cas de M. **Mario Lebel** (Mantes) sans aucune mort, malgré 3 résections.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. — M. **Boppe** a collige 131 cas d'ostéomyélite aiguë de l'enfant et de l'adolescent. Il a traité par l'immobilisation plâtrée simple 41 formes légères ou de moyenne intensité et 10 formes suraiguës ou toxiques. Il y a eu une mortalité appréciable dans cette dernière variété. Le résultat a été en revanche particulièrement heureux dans 4 arthrites suppurées de la hanche.

52 cas ont été traités par immobilisation plâtrée suivie d'incisions d'abcès. La mortalité a été encore assez grande. La fréquence des pandiaphysites s'est montrée notable et a nécessité des résections secondaires.

10 cas ont été trépanés avec une seule mort, mais en entraînant des fistules persistantes.

25 résections primitives ont donné 23 résultats excellents, sans aucune pseudarthrose. Il y a eu quelques légers inconvénients : ablation d'esquilles, *genu recurvatum*, etc.

L'auteur dit qu'il observe depuis 2 ou 3 ans une proportion accrue de formes sévères.

Lymphosarcome de l'iléon. — M. **Mocquot** communique une observation de M. **Querneau** (Quimper) concernant un lymphosarcome de l'iléon, sténosant et douloureux, avec double foyer néoplasique.

Hystérectomie vaginale avec résection préalable du col dans le traitement de certains cancers cervicaux — MM. **Baillis** et **Grépinet**. M. **Mocquot**, rapporteur, conteste les avantages de cette méthode qui lui semble illogique et dangereuse.

Etude de la cholédoco-duodénostomie par l'observation radiochimique. — M. **Soupault** après un bref rappel des différentes techniques d'anastomose bilio-digestive, montre les avantages de ces méthodes qui évitent la déperdition biliaire et les séquelles habituelles du drainage cholédocien externe telles que pancréatites, odites, dyskinésie biliaire. Les reproches qu'on a fait au procédé, angiocholite ascendante, sténose de l'abouchement, ne sont pas valables. Les résultats sont excellents et l'étude radiologique montre que les voies biliaires ne s'injectent de baryte duodénale qu'en position couchée. Il est classique de recommander à ces malades de ne pas s'allonger pendant leur digestion. Le seul reproche fait à la technique est la mortalité encore grande. L'auteur recommande d'employer le procédé systématiquement et non comme opération de repêchage dans des cas déjà traités autrement, car ceux-là se compliquent toujours ultérieurement.

— M. **d'Allaines** apporte 3 cas opérés sans fistule cholédocienne préalable. 2 malades gardent des voies biliaires dilatées, même dans leur segment intra-hépatique. Une a des crises d'angiocholite typique. L'intervention, qui est bonne, ne doit être faite que lorsqu'on a de gros doutes sur la perméabilité des voies biliaires.

— M. **Brocq** dit que les calculs du cholédoque traités par drainage externe ne donnent pas une mortalité aussi importante que la dérivation interne.

— M. **Sénèque** cite 3 exemples de dérivation interne pour lithiase et pancréatite.

— M. **Soupault** dit en terminant que les bouches anastomotiques doivent être larges. Tous les échecs sont dus à la stase biliaire, ennemi essentiel.

8 Décembre.

Gastrectomie pour exclusion. — M. **d'Allaines** a opéré 8 malades. L'intervention lui paraît plus grave, et donnant des résultats moins bons que la gastrectomie vraie. Deux fois il a observé la mort au cours de phénomènes inflammatoires suraigus. L'opération risque d'approcher de trop près les ulcères calleux. Par ailleurs les résultats fonctionnels sont médiocres. Dans bien des cas il est préférable de s'en tenir à la gastro-entérostomie.

Iléus spasmodique. — M. **Leriche** dit que dans les cas d'occlusion intestinale on n'observe pas toujours le schéma classique qui veut la dilatation au-dessus de l'obstacle. Peut-être voyait-on autrefois plus tardivement les occlusions. On a pu observer des phénomènes de spasme en amont de l'obstacle. Il est possible que l'occlusion crée des états spasmodiques réflexes à distance. Il est probable que l'excitation portée sur la muqueuse intestinale se traduit par de la contracture réflexe éloignée. S'il semble illogique de s'adresser au sympathique, on doit reconnaître que l'infiltration splanchnique a donné souvent d'heureux résultats.

— M. **Sénèque** propose de traiter ces cas d'iléus spasmodiques d'abord par une anesthésie du ganglion semi-lunaire, puis en cas d'échec par une section splanchnique.

A propos de deux observations de schwannome de l'estomac. — MM. **Brocq** et **Neyraud** ont relevé dans la littérature depuis 1938 39 tumeurs bénignes de l'estomac dont 6 schwannomes. Dans 60 pour 100 des cas, l'hémorragie, premier signe, oblige à des radiographies. Ainsi le diagnostic peut être fait par l'étude des plis et par les insufflations qui affirment les contours réguliers de la tumeur. Il est fréquent de constater sur une des faces de celle-ci l'existence d'une ulcération. Le traitement reste discuté. Les schwannomes pédiculés peuvent être enlevés aisément. Les autres nécessitent une gastrectomie qu'autorise la possibilité de schwannomes à distance dans la muqueuse voisine.

— M. **Banzet** a pu faire une exérèse limitée pour un schwannome révélé par une anémie marquée. Le malade a succombé plus tard aux suites d'une tumeur vésicale hématurique.

— M. **Moulonguet** montre les incertitudes du diagnostic histologique.

— M. **Redon** a enlevé par gastrectomie un schwannome endogastrique ulcéré en son centre.

— MM. **Mondor** et **Olivier** citent 3 cas : un pédiculé fut enlevé simplement; les deux autres, sessiles, demandèrent une gastrectomie.

Tuberculose de l'estomac. — M. **de Fourmestraux** rapporte un cas de cette rare localisation. Il y avait tout le tableau clinique d'un ulcère, mais à l'opération l'auteur pensa à un cancer du fait de la présence d'une tumeur et de ganglions. Les suites furent simples, mais 4 mois après, une affection pulmonaire enleva la malade. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose avec nécrose caséeuse typique et caséification ganglionnaire.

— M. **d'Allaines** cite un cas semblable : l'histoire était celle d'un ulcère ; l'examen faisait penser à une tumeur.

— M. **Hartmann** a vu 3 cas de ce genre : un d'aspect ulcéreux, deux simulant le cancer.

Élection du bureau pour 1944. — M. **Bréchot** est élu président ; M. **Cadenat**, vice-président ; M. **Moulonguet** et M. **Gatellier**, secrétaires annuels.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

26 Novembre 1943.

Leptospirose ictéro-hémorragique mortelle après morsure de rat. — MM. **N. Fiessinger**, **J. Salet**, **J. Meyer** et **R. Erfmann** rapportent un cas d'ictère grave leptospirosique, remarquable par la netteté du tableau clinique et la rareté du mode de contamination. C'est, en effet, 10 jours après la morsure d'un rat d'égout, l'apparition brutale d'un épisode fébrile avec myalgies, injection conjonctivale, syndrome méningé discret. Le 3e jour, la température tombe à 37°, tandis que l'ictère se montre et que l'anurie s'installe. On note, en outre, un syndrome hémorragique fruste : épistaxis, purpura, allongement du temps de saignement. Les dosages d'urée sanguine montrent une azotémie à 4 g. 95 et 6 g. 60 la veille de la mort. L'évolution n'a pas excédé en tout 9 jours. A l'autopsie, prédominance des lésions hépatiques et surtout rénales, réalisant un tableau typique d'hépato-néphrite. Deux séro-diagnostics, pratiqués dans le sang à 2 jours d'intervalle, étaient fortement positifs au delà du 1/10.000 pour la leptospirose ictéro-hémorragique.

Polynévrite apiolique ascendante rapidement mortelle. Considérations sur la toxicité des préparations apioliques. — M. **P. Léchelle** présente l'observation d'une femme atteinte d'intoxication aiguë par l'apiol. Cinq jours après l'ingestion du toxique débuta une polynévrite ascendante à évolution suraiguë qui amena la mort en 5 jours par syndrome bulbaire; aucun trouble hépatique ou rénal ne fut constaté.

L'étude chimique du produit utilisé le montra exempt de triorthocrésyl-phosphate. L'auteur discute le rôle de l'apiol dans l'intoxication et envisage la part prise dans celle-ci par des composés méthyliques associés à l'apiol et à la myristicine.

— M. **Flandin** pense qu'il serait souhaitable d'expérimenter la toxicité de ces composés méthyliques qui semblent en cause actuellement dans des intoxications produites par diverses boissons qui s'accompagnent de troubles polynévritiques.

— M. **J. Lereboullet** propose la suppression de la fabrication de l'apiol dont l'intérêt thérapeutique est médiocre.

Sur un cas de chloromyélose. — MM. **Noël Fiessinger**, **R. Tiffeneau**, **C.-M. Laur** et **V. Deprez** rapportent l'histoire d'un cancer vert d'Aran ou chloromyélose, qui se signale par plusieurs caractères évolutifs :

Au début, syndrome hémorragique cutanéo-muqueux avec anémie profonde et formule sanguine d'aleucie avec hypogranulocytose.

Puis syndrome fébrile anémique avec angine ulcéro-nécrosique, leucocytose progressive atteignant finalement 27.000 leucocytes, et avec une myélocytose sanguine qui atteignit rapidement 82 pour 100 de myélocytes neutrophiles. Le myélogramme témoignait d'une réaction myélocytaire pure. Ces symptômes faisaient penser à une leucémie aiguë myélocytaire. Dans les dernières heures apparut de plus un ictère généralisé.

Or, l'autopsie montra, en l'absence de toute tuméfaction périostée, que la moelle osseuse était colorée en vert pistache. Il s'agissait d'un chlorome. Cette couleur n'était due ni à de la bilirubine, ni à une porphyrine. Cette autopsie montra, en outre, des lésions d'atrophie rouge aiguë du foie et d'épanchements et suffusions hémorragiques diffuses, une prolifération médullaire du système myélocytaire avec diffusions spléniques et plus réduites dans le foie et les poumons.

Ces chloromyéloses sans tuméfactions périostées sont rares et les auteurs signalent aussi dans quelques observations étrangères le début par un syndrome d'aleucie hémorragique.

L'étude anatomique oppose ces faits aux leucémies plus diffusées et plus extensives et les rapproche des sarcomes osseux. Le taux élevé d'haptoglobine dans ce cas plaide en faveur de cette manière de voir.

— M. **Ravina**, chez un enfant, a vu une leucémie faire place à un chlorome.

— M. **Cathala** se demande si la richesse en globules blancs dans ces chloromes ne peut être la cause de la couleur verte.

— M. **Lemierre** a vu jadis un cas de chlorome dans lequel les bosselures perçues dans la fosse temporale l'avaient aiguillé vers ce diagnostic; la formule hématologique était celle d'une leucémie aiguë.

— M. **J. Lereboullet** signale la rareté des formes myélocytaires du chlorome; presque toujours il s'agit de formes à cellules-souches.

Leucose aiguë à plasmocytes. — M. **Maurice Lamy** rapporte un cas de leucose aiguë observée chez une femme de 33 ans : une fièvre élevée, une anémie sévère, des adénopathies importantes, une augmentation considérable du foie et de la rate, un épanchement pleural, tels furent les signes principaux d'une maladie qui évolua en 6 mois vers la mort. Le nombre de leucocytes dans le sang avait atteint 25.000 et la proportion des plasmocytes 37 pour 100. L'examen cytologique du liquide pleural, de la moelle osseuse, du suc ganglionnaire et splénique avait montré une plasmocytose diffuse.

De tels faits sont certainement exceptionnels et l'on ne retrouve dans la littérature que 6 observations qui offrent les mêmes particularités :

L'autonomie de la leucémie à plasmocytes a été mise en question par certains auteurs qui la rapprochent du myélome. Mais les traits cliniques, les caractères évolutifs et les lésions histologiques des deux maladies sont bien différents. Il existe parfois, il est vrai, chez les malades atteints d'une leucémie plasmocytaire, un syndrome humoral fait d'hyperglobulinémie et de protéinurie de Bence-Jones, mais le fait tend seulement à prouver que le plasmocyte joue un rôle dans l'élaboration des protides du sang et, plus précisément, de la globuline. Le myélome et la leucose à plasmocytes sont deux maladies parfaitement bien individualisées et qui doivent rester séparées.

Manie grave. Echec de l'électro-choc. Succès de l'insulinothérapie. Constatations électro-encéphalographiques. — MM. **Jean Delay** et **Paul Neveu** présentent une jeune fille de 22 ans, actuellement guérie, qui fut traitée pour un état de manie grave avec signes de dissociation mentale faisant redouter une évolution vers la schizophrénie.

La malade fut d'abord traitée par l'électro-choc. Chaque séance entraîna une disparition des symptômes cliniques pendant une dizaine de jours, mais au bout de ce délai le syndrome maniaque atypique réapparaissait régulièrement. Dans les rechutes de ce genre, dont les auteurs ont réuni une vingtaine d'observations, faut-il continuer ou interrompre le traitement par l'électro-choc ? Ils conseillent de ne dépasser le nombre de 12 électro-chocs que dans des cas particulièrement graves et à condition de suivre les malades par des *examens*

électro-encéphalographiques. L'apparition d'*ondes lentes* durables sur les tracés bioélectriques cérébraux traduit une souffrance cérébrale et doit faire cesser l'électro-choc.

C'est ce qui fut fait chez cette malade, mais devant la persistance du tableau clinique et son aggravation rapide, ils eurent alors recours à l'insulinothérapie. Au quatrième coma une amélioration nette fut obtenue et après 16 comas (1.345 unités d'insuline) la malade sortit de l'hôpital, guérie. Il est des psychoses dans lesquelles l'insulinothérapie est irremplaçable et il est regrettable que dans la répartition actuelle de l'insuline il n'en ait pas été tenu compte.

— M. **Perrault** a vu survenir une crise d'épilepsie à la suite d'un électro-choc.

— M. **de Sèze** a vu l'électro-choc déclencher l'apparition de crises d'épilepsie vraie chez des malades traités pour de simples absences comitiales.

— M. **Delay** pense que l'épilepsie peut s'observer après une série d'électro-chocs, bien qu'il n'ait pas observé personnellement de faits de ce genre. Cette thérapeutique doit être réservée à des maladies graves et il ne faut pas dépasser une douzaine d'électro-chocs chez le même sujet.

A propos d'une curieuse image radiologique chez une malade présentant une ectasie extériorisée. — MM. **A. Ravina, G. Morin, Y. Pêcher** et **J. Ducourneau** présentent une femme de 65 ans, porteuse d'une ectasie extériorisée. Les clichés radiographiques montrent l'existence d'une opacification linéaire entourant l'ectasie et délimitant un large espace ovalaire sur la partie antérieure et droite de l'ombre cardiaque. Il semble s'agir d'un anévrysme du sinus de Valsalva associé à une péricardite calcifiante.

Ictère catarrhal aggravé. Etude du coma terminal. — MM. **Jacques Decourt, J. Guillemin** et **R. Gorin** relatent un cas d'ictère apyrétique dont l'allure était celle d'un ictère catarrhal banal lorsque apparurent brusquement une somnolence bientôt suivie de coma et des hémorragies, en même temps que le volume du foie subissait une régression rapide. A l'autopsie la glande ne pesait plus que 700 g. et présentait des lésions de nécrose massive. L'étude biologique montra que 3 facteurs associés concouraient à la production du coma : l'intoxication polypeptidique (sans augmentation de l'urée sanguine), l'hypoglycémie (0 g. 50) et l'acidose (31 vol.), sans cétose. Il semblait donc s'agir d'un coma hépatique pur, mais chacun des facteurs fournissait sa note particulière au tableau clinique. Une baisse importante du cholestérol sanguin soulignait encore la gravité du pronostic. Par contre, la cholalémie et la bilirubinémie restaient élevées, à cause, sans doute, de la rapidité avec laquelle s'était constituée l'insuffisance hépatique terminale.

— M. **N. Fiessinger** met en parallèle ces troubles avec ceux que provoque l'hépatectomie chez le chien et signale les effets remarquables du glycose intraveineux qui fait sortir les animaux du coma.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Novembre 1943.

Dissociation expérimentale par l'électro-choc du syndrome humoral de l'épilepsie convulsive et de l'absence épileptique. — MM. **Jean Delay** et **A. Soulairac** mettent en évidence les différences importantes existant entre le syndrome humoral de la crise convulsive par électro-choc, fait d'hyperglycémie, d'hyperprotidémie, d'acidose, d'hyperleucocytose sans modification des monocytes, et le syndrome humoral de l'absence épileptique par électro-choc fait d'hyperglycémie, de légère hypoprotidémie, d'alcalose, d'augmentation des monocytes sans hyperleucocytose notable.

L'hyperglycémie se produit donc aussi bien dans l'absence que dans la convulsion et les auteurs la rapprochent du syndrome sympathique de l'électro-choc qui peut être expérimentalement reproduit, y compris l'hyperglycémie, par excitation électrique de l'hypothalamus.

Etude histologique de la réaction inflammatoire provoquée lors de l'immunisation antitoxique « concentrée ». — M. **A. Delaunay.** Cette réaction présente l'aspect d'une inflammation aiguë parfaitement typique dans ses divers aspects évolutifs; elle ressemble à celle qui est provoquée par l'injection de staphylocoques vivants sous la peau de lapins neufs. Elle ne relève pas directement des traces de toxine que renferme le liquide injecté; elle paraît due tout entière aux perturbations cellulaires graves que provoquent les injections répétées. Les réactions entraînées dans la peau par certaines substances adjuvantes de l'immunité (G. Ramon) sont d'un type voisin.

Etude cinétique de la réaction de Bordet-Wassermann. Etude des vitesses de réaction. Température et vitesse de réaction. — M. **J. Chouteau** étudie les vitesses de réaction de la fixation du complément pour le sérodiagnostic de la syphilis. Il constate l'analogie des courbes de vitesse de fixation avec celle de vitesse de réaction chimique et calcule l'ordre de réaction, M = 3 correspondant à une réaction trimoléculaire.

Il étudie ensuite l'action de la température sur ces vitesses de réaction et constate que la fixation et sa vitesse augmentent avec l'élévation de température, suivant la loi expérimentale de Van't Hoff. D'autre part il étudie des vitesses partielles (antigène + réagine syphilitique) et complexe (antigène-réagine+alexine), montre que la première réaction est instantanée et non influencée par les variations de température, alors que la vitesse de la seconde réaction correspond à la vitesse de réaction globale.

De ces expériences, il conclut que la réaction de fixation du complément correspond à la succession de 2 réactions. Une première réaction physique, microfloculation, c'est la réaction antigène + réagine syphilitique. L'autre, la fixation de l'alexine sur ce complexe, est de nature chimique, progressive, réversible et trimoléculaire.

Action spasmolytique du chlorhydrate de para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthanol (novocaïne) sur le poumon isolé de cobaye. — M. **René Hazard** et M[lle] **Corteggiani.** Les spasmes provoqués sur le poumon isolé par l'acétylcholine, la pilocarpine ou l'histamine sont levés en général par la novocaïne. Cet ester agit donc essentiellement à la périphérie, sur les terminaisons nerveuses parasympathiques ou sur le tissu d'aboutissement : les muscles lisses du poumon.

Sur un type général de réaction cutanée distinct de la réaction histaminique. — MM. **J.-L. Parrot** et **J. Lefebvre** montrent que l'érythème provoqué par une irradiation ultra-violette n'est pas modifiée par l'action d'un antagoniste de l'histamine, le chlorhydrate de la *N-diméthyl-amino-éthyl-N-benzylaniline* (2339 RP).

La réaction actinique par son apparition tardive et sa longue durée, par sa limitation franche, par la présence de vésicules et la pigmentation mélanique consécutive, serait le type d'une réaction élémentaire de la peau qui ne peut pas être assimilée à la triple réaction de Lewis.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4 Novembre 1943.

Cancer polypeux du corps de l'utérus. — M. **H. Mondor** et M[lle] **Dupaigne.** Epithélioma polymorphe, tantôt malpighien, tantôt glandulaire, se présentant cliniquement comme un polype accouché par le col. Un autre point histologique particulier est constitué par des îlots de métaplasie cartilagineuse du stroma.

Un nouveau cas de péritonite encapsulante. — MM. **H. Payer** et **J. Weyl-Aubert.** Chez un homme de 63 ans amené à l'hôpital en état d'occlusion il a été donné de constater à trois reprises l'extension progressive d'une péritonite encapsulante. Au cours de l'évolution de celle-ci la seconde laparotomie avait montré la présence d'un semis discret de granulations blanchâtres sur la séreuse intestinale, fait qui ne paraît pas avoir été précédemment signalé.

Histogénèse de la sclérose dans les glomérulo-néphrites chroniques. — MM. **J. Fabre** et **J. de Brux.** Au cours des glomérulo-néphrites chroniques expérimentales obtenues suivant les techniques préconisées par Reilly, il apparaît que le point de départ des lésions est nettement artériolaire. L'élément vasculaire est au premier plan dans le déclenchement et l'entretien des phénomènes; la participation du tissu interstitiel tend à faire de ce qui jusque-là pouvait passer pour fonctionnel, une lésion organisée et définitive.

Variations du taux du glycogène hépatique chez le rat sous l'influence de l'insuline et de l'alimentation. — M. **C.-M. Laur.** Les rats dorment le jour et s'alimentent la nuit. L'injection de 3 unités d'insuline à un rat adulte de 150 g. ne provoque la mort par hypoglycémie que si elle est faite l'après-midi ou le soir. Les examens histologiques montrent en effet les particularités suivantes : Chez les animaux sacrifiés à 6 heures du matin, glycogène abondant ; chez ceux sacrifiés à midi, glycogène diminué ; chez ceux sacrifiés à 18 heures, absence de glycogène. Il existe donc chez le rat normal un cycle de la surcharge glycogénique du foie, avec « jeûne glycogénique » vers 18 heures.

Contribution à l'étude comparée du comportement de la réticuline dans la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et dans la tuberculose. — M. **F. Champeau.** Colorant par la méthode de Laidlaw les fibrilles argentophiles des sarcoïdes de Besnier-Bœck, l'auteur a constaté qu'à l'intérieur des nodules la réticuline qui semble provenir du réseau périphérique se dispose en réseau primaire à larges mailles, fait de fibres longues, assez épaisses, de diamètre régulier, qui se subdivisent finement, formant ainsi des loges, elles-mêmes divisées en logettes par des ramuscules ténus, logettes contenant 1 à 3 éléments cellulaires. Au contraire dans la tuberculose, le nodule épithélioïde ou giganti-cellulaire, avec ou sans caséification, se présente sous un aspect tout différent : la couronne lymphocytaire périphérique s'accompagne de fibres réticuliniques épaisses, onduleuses, peu ramifiées, formant des mailles grossières; dans la zone épithélioïde ces fibres se fragmentent rapidement pour disparaître totalement dès que le nodule atteint une certaine étendue. Le caséum ne contient pour ainsi dire jamais de réticuline.

Il y a donc dans ces deux affections des différences morphologiques importantes dont l'interprétation est difficile, mais l'intérêt pratique manifeste.

Calcul vésiculaire intra-mural. — MM. **F. de Gaudart d'Allaines** et **D. Ciaudo.**

Réticulo-sarcome pro-lymphoblastique avec métastase utéro-annexielle. — MM. **J. Fabre** et **J. de Brux.**

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

12 Octobre 1943.

Note sur l'exploration radiologique pré-opératoire des cancers laryngés et pharyngo-laryngés. — M. **Mathey-Cornat.** Les progrès accomplis par les méthodes d'irradiation imposent un reclassement des indications thérapeutiques des tumeurs malignes du larynx sur la base d'un diagnostic plus précis de localisation. La laryngoscopie est insuffisante et toute tumeur soupçonnée ou identifiée par l'endoscopie doit systématiquement être soumise à une exploration radiologique complète. L'auteur fournit les premières conclusions d'une statistique qui comporte actuellement plus de 200 cas examinés, pour la plupart de concert avec la clinique O.-R.-L. (Prof. Portmann) de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les cancers du larynx proprement dits ne représentent que 25 pour 100 de la totalité des tumeurs malignes explorées, les autres étant des tumeurs pharyngo-laryngées (hypopharynx). Les techniques radiographiques standard avec lipiodol (laryngographie) donnent, indépendamment de la radiographie intra-pharyngée et de la tomographie, des renseignements sûrs et généralement suffisants.

La radiologie laryngée est indispensable pour asseoir le diagnostic pré-opératoire. Elle assigne des indications plus larges à la laryngectomie totale par rapport aux résections partielles ou à l'hémilaryngectomie rarement utilisée à Bordeaux. Elle permet, en fixant l'extension des lésions, de formuler des indications radiothérapiques complémentaires. Elle autorise l'édification de statistiques chirurgicales et radiothérapiques comparables et une classification des cancers du larynx suivant leur stade d'évolution.

Radiothérapie de contact. Dosimétrie et répartition du rayonnement dans les tissus. — M. **Mallet** étudie le tube Philips et son rayonnement d'abord au point de vue physique. Il montre la forme de répartition spatiale des rayons : 1° par la méthode photographique; 2° par des courbes tracées à l'aide des microchambres d'ionisation. Il indique la possibilité de mesurer l'énergie X en unités « r », aussi bien dans l'air que dans l'eau. Il fait également l'étude des réactions biologiques et signale que l'érythème et la radioépidermite ne correspondent pas généralement aux doses mesurées. La peau apparaît comme beaucoup moins sensible au rayonnement de 50 kw. émis par ce genre de tube. Il apporte quelques résultats thérapeutiques et montre que malgré les doses massives appliquées en une seule fois, les effets cellulaires restent encore très électifs.

A propos des niches de la face postérieure de l'estomac. — MM. **Porcher** et **Boudaghian** présentent 12 cas d'ulcères de la face postérieure et insistent sur la fréquence relative de ces lésions et sur les difficultés techniques de leur dépistage. Ils rapportent un pourcentage de 15,6 pour 100 d'ulcères de la face postérieure sur les cas examinés d'ulcus gastrique. Les difficultés de dépistage sont grandes; elles sont dues au volume, à la forme et au siège de la niche. Parmi les différentes méthodes d'exploration, les auteurs préconisent l'examen radioscopique pendant le déplissement gastrique et attribuent une valeur importante à l'accrochage de la substance opaque. La radiographie en décubitus est souvent très utile. La position de Trendelenburg, en procubitus oblique, peut rendre service dans certains cas.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

21 Juin 1943.

Epingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson de 7 mois. Extraction endoscopique après version dans l'estomac. — M. **Ombrédanne.** Une épingle de sûreté « à boule » a été avalée ouverte par un nourrisson, sans entraîner aucun trouble fonctionnel. Elle est découverte le lendemain par radioscopie dans l'œsophage thoracique.

Sous œsophagoscopie, l'auteur la saisit à l'aide d'une pince longue et fine dont les mors en forme de cupule enserrent la boule, et la fait descendre jusque dans l'estomac. Là, sous contrôle de l'écran radioscopique, il desserre légèrement la pression de la pince de façon à ce qu'en la remontant l'épingle puisse exécuter librement autour de sa boule, comme axe, une version complète de 180°. L'extraction de cette

épingle ainsi retournée, pointe en bas, se fait alors sans risque à travers le tube œsophagoscopique dans lequel elle s'engage très facilement et le nourrisson guérit sans aucune complication.

Ce procédé élégant est sûr et peu connu. Il a le gros avantage de ne pas nécessiter d'instrumentation particulière (tubes spéciaux, pinces coupantes, etc.) et mérite d'être retenu dans des cas analogues pour sa simplicité et sa sécurité.

Communication œsophago-trachéale et médiastinale consécutive à une sténose cicatricielle de l'œsophage. — MM. **Le Mée** et **A. Soulas**. Sténose chez un homme de 37 ans, consécutive à une brûlure de l'œsophage par absorption de potasse. Gastrostomie. Long traitement (5 ans) de recalibrage à l'aide de sondes en gomme, de bougies Jackson sous œsophagoscopie, de sondes à mercure et de bougies souples passées sur fil sans fin par voie rétrograde. Finalement apparaît, à bas bruit, une communication de l'œsophage avec la trachée ainsi qu'une fistule vers les tissus celluleux péri-œsophago-trachéaux droits, bien mis en évidence par l'ingestion de lipiodol. Cette fistule, d'ailleurs relativement bien tolérée pendant plusieurs mois, siège au niveau du plan claviculaire et entraîne une infection pulmonaire avec troubles très graves de l'état général. La cause de ces communications œso-trachéales est rare et s'expliquerait par l'usure de la zone cicatricielle mal étoffée. L'action, à ce sujet, de bougirages trop variés, trop souvent et trop longtemps répétés doit être mise en cause.

Tuberculose ganglionnaire; porte d'entrée sublinguale? — M. **A. Soulas**. Chez une femme de 71 ans, cliniquement indemne de toute atteinte tuberculeuse, apparaît une polyadénopathie sous-maxillaire gauche en relation avec une inflammation érosive de la zone sub-linguale. Seule la biopsie d'un ganglion permet le diagnostic de tuberculose glanglionnaire et élimine celui de maladie de Besnier-Bœck. N'est-ce pas là une primo-infection avec porte d'entrée sublinguale? Comme traitement: la radiothérapie a été conseillée.

Fistules congénitales du dos du nez. — M. **J. Leroux-Robert**. Cas de fistule triple du dos du nez. Une grosse fistule supérieure est apparue vers l'âge de 6 ans à la suite d'un traumatisme ayant certainement rompu un kyste dermoïde méconnu. Une toute petite fistule inférieure existait depuis la naissance. Une troisième petite fistule inférieure est apparue, il y a 1 an, chez un jeune homme de 18 ans. Extirpation en bloc de l'ensemble des 3 fistules se réunissant en haut sous les os propres, entre ceux-ci et la cloison cartilagineuse du nez dédouhlée. Guérison.

Mastoïdite latente après otite traitée par les sulfamides. — M. **Guy Arnaud** (Montluçon) a observé un enfant qui, traité entièrement par de faibles doses de sulfamides, a fait ensuite une mastoïdite avec lésions très étendues.

Fracture labyrinthique: guérison des séquelles post-traumatiques par l'ouverture du canal externe. — M. **Alain Gaston** a vu évoluer, 3 ans après un traumatisme cranien, en apparence bénin, des troubles vertigineux qui ont abouti à la surdité totale et nécessité une trépanation labyrinthique.

Un nouveau cas de nystagmus du voile. — MM. **Baldenweck**, **Vallancien** et **Labey** ont observé chez un enfant de 7 ans, à la suite d'une rougeole, des myoclonies vélo-pharyngo-linguales qui ont disparu spontanément au bout de quelques semaines.

Diverticule intrathoracique de l'œsophage. — MM. **M. Bouchet** et **P. André**. Ce diverticule est apparu spontanément après ingestion d'une arête de poisson, il s'est accompagné de graves phénomènes infectieux et a disparu spontanément.

Spondylite cervicale et sinusite maxillaire. — MM. **Bouchet**, **J.-J. Debain** et **P. André** ont observé 3 cas de spondylite cervicale coïncidant avec une sinusite maxillaire, le traitement de cette dernière a abouti à la guérison; sans doute s'agissait-il de syndrome de Grisel.

18 Octobre.

Rapport sur la sulfamidothérapie en otologie. — MM. **Bouchet** et **J. Leroux-Robert**, rapporteurs.

I. Sulfamidothérapie préventive des otites. — A. *Indications. La sulfamidothérapie générale* avant tout accident auriculaire au cours d'une maladie quelconque ou d'une rhinopharyngite *n'évite pas l'éclosion des otites* qui peuvent survenir non seulement un certain temps après la fin du traitement mais également au cours même du traitement.

B. *Inconvénients. La sulfamidothérapie préventive des otites rend souvent bâtarde l'otite qui se déclare malgré elle.*

II. Sulfamidothérapie préventive des complications des otites. — A. *Indications.* 1° *Les sulfamides ne doivent pas remplacer la paracentèse.* Les otites sulfamidées et non paracentésées (qu'on laisse s'ouvrir spontanément ou qu'on paracentèse avec retard du fait de la sulfamidothérapie) se compliquent plus souvent de mastoïdite que les otites paracentésées à temps et non sulfamidées. 2° La paracentèse étant faite à temps: *a*) les otites à symptomatologie moyenne ne se compliquent pas davantage de mastoïdite, qu'elles aient été non sulfamidées ou sulfamidées. Les sulfamides y sont donc inutiles; *b*) les otites à symptomatologie bruyante ou celles qui surviennent au cours de maladies infectieuses graves bénéficient sans doute de la sulfamidothérapie; *c*) les otites dont les signes fonctionnels et les signes généraux ne cèdent pas à la paracentèse dans les délais normaux semblent également bénéficier parfois de la sulfamidothérapie.

B. *Inconvénients. La sulfamidothérapie a l'inconvénient de rendre souvent cliniquement latente l'atteinte mastoïdienne.* De même peuvent rester latentes des atteintes plus profondes, en particulier des atteintes sinusales qui semblent particulièrement fréquentes au cours des oto-mastoïdites sulfamidées.

C'est pourquoi la sulfamidothérapie ne doit pas être systématiquement instituée. Elle doit être utilisée dans des cas déterminés parce qu'il n'est pas possible de suivre toutes les otites comme il faut le faire pour les otites sulfamidées qui, à cause de la latence de leurs complications, nécessitent des examens précis pouvant révéler des signes discrets, une surveillance rigoureuse et si possible des contrôles radiographiques.

III. Sulfamidothérapie curative des complications otitiques. — *Mastoïdite.* Mis à part quelques cas exceptionnels et peut-être discutables, les sulfamides semblent n'avoir *aucune action curative* sur les mastoïdites affirmées cliniquement et radiologiquement. *Elles ne peuvent que les rendre latentes.*

Thrombo-phlébites et septicémies d'origine auriculaire. Les sulfamides n'ont *aucune action.*

Méningites. Les sulfamides ont révolutionné le pronostic des méningites otogènes. Sur ce point l'accord est unanime.

Labyrinthites. Les sulfamides par leur action sur les méningites ont également transformé le pronostic des labyrinthites suppurées aiguës.

Complications encéphaliques. Les sulfamides peuvent agir favorablement sur les complications encéphaliques mais risquent de les rendre latentes.

Posologie. — La sulfamidothérapie doit être *intensive et courte.* Ce sont surtout les petites doses trop longtemps répétées qui exposent aux dangers de la « latence ». Ce sont là des conclusions forcément très générales et sujettes à révision. La sulfamidothérapie évolue sans cesse. Pour juger de l'efficacité de chaque produit il faut un long recul. Des observations plus nombreuses encore sont nécessaires pour pouvoir déterminer le produit le plus efficace à employer en otologie et de pouvoir être absolu dans ses indications et contre-indications. A côté d'indications formelles, les auteurs ont surtout voulu, par ce rapport, mettre en garde contre les inconvénients d'une thérapeutique employée trop souvent sans discernement dans notre spécialité.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées, à l'unanimité, par la Société. R. Caussé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

26 Novembre 1943.

De la conduite à tenir contre l'adénopathie du cancer du sein. — M. **Taguet**, tenant compte des faits cliniques, histologiques et expérimentaux, demande que dans les interventions pour cancer du sein on limite l'opération à la tumeur sans détruire le tissu lymphatique péri-tumoral et axillaire parce qu'il sert de défense et de protection contre l'essaimage à distance.

La création d'atmosphères thérapeutiques. — MM. **Louis Bory** et **G. Bory** rappellent que dès 1922, à l'Académie des Sciences, ils ont prôné cette nouvelle méthode de diététique et thérapeutique qui, appliquée de façon quasi continue dans des chambres spéciales, ouvre des possibilités infinies. Leur technique permet d'envisager des chambres privées ou des salles d'hôpitaux où les malades passeraient leurs journées ou seulement leurs nuits dans des atmosphères d'ordonnance, purifiées, dosées en gaz, degrés thermique et hygrométrique, pression, ionisation... et auxquelles on ferait parvenir, à doses minimes, constamment renouvelées (véritable réalisation d'un goutte à goutte permanent) tous les médicaments susceptibles d'être résorbés par la muqueuse alvéolaire: gaz, liquides pulvérisés, aérosols, poudres, fumées, vaccins, sérums pulvérisés ou desséchés, etc.

La première réalisation pratique à envisager est celle du traitement urbain des tuberculeux, dans une atmosphère comparable par exemple à celle des chaufourniers. Le séjour nocturne des asthmatiques dans les atmosphères spéciales leur ferait mieux tolérer le jour, comme les tuberculeux, celles des grandes villes.

Entre autres utilisations, les auteurs proposent l'application de leur méthode aux services de contagieux, aux asiles d'aliénés, aux stations thermales, enfin au traitement des grandes dermatoses et de la syphilis.

La transfusion du sang ne donne pas de choc. — Le but de M. **A. Bécart** est de détruire dans l'esprit du praticien la peur du choc dont le souvenir lui fait bien des fois hésiter à poser les indications d'une transfusion, même quand celle-ci s'impose. Il est convaincu que dans la plupart des cas le choc transfusionnel est dû à l'appareil choisi et à la façon dont on pratique la transfusion. Le choix du donneur reste primordial, mais actuellement et surtout dans les grandes villes où il existe des Centres de donneurs, toute erreur de groupement semble pratiquement écartée. L'auteur attire l'attention sur trois points qu'il examine en détail: le choix du donneur, le choix de l'appareil, le choix du transfuseur.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

13 Octobre 1943.

Notice nécrologique sur M. E. Marchoux, ancien président de la Société de pathologie exotique. — M. **E. Roubaud**.

Présentation d'un ouvrage de MM. G. Clavero et F. Perez Gallardo (Madrid) sur les techniques de laboratoire dans le typhus exanthématique. — M. **J. Bridré**.

Contribution à l'histo-pathologie de la lésion primaire d'inoculation et des lésions secondaires du Pian: chancre pianique, pianides, pianômes. — M. **R. Montel** montre que les lésions histologiques du chancre pianique sont caractérisées par une ulcération hyperacanthosique et une dépigmentation dans la partie profonde du derme; il y a toujours un certain degré de sclérose; on ne rencontre pas de cellules géantes. Dans les pianides secondaires, on note un simple épaississement de l'épiderme sans hyperacanthose nette; il y a dépigmentation, infiltration périvasculaire et péripillaire, surtout par des lymphocytes et des histiocytes, on ne rencontre pas de plasmocytes. Dans le pianôme ou frambœsia, lésion secondaire de généralisation, on est en présence d'un véritable papillome sans ulcération, sans réaction hyperacanthosique monstrueuse et sans dépigmentation. Les lésions secondaires du Pian se distinguent de celles de la syphilis par leur tendance épidermotrope et le caractère très peu marqué des lésions vasculaires; cependant, la confusion est possible avec certaines lésions de syphilis végétantes, les condylômes par exemple.

— M. **Montel** apporte une documentation iconographique considérable sur le sujet exposé.

Sur un cas de trypanosomiase africaine au début, avec complications rénales, observé chez un Européen au Soudan. — M. **R. Neel** rapporte l'observation d'un officier du Service de Santé des troupes coloniales ayant présenté une trypanosomiase dont l'intérêt clinique consiste dans l'apparition de complications rénales dès le début de la maladie. Ces manifestations, sur lesquelles on manque de données, demanderaient à être recherchées systématiquement.

L'irritation Créatrice II. Conséquences biologiques des inventions alimentaires. — M. **A. Gauducheau**, étudiant l'hygiène alimentaire sur les plans exotique et métropolitain comparés, estime que l'espèce humaine, par ses inventions, a changé son milieu et son alimentation, s'est placé dans des conditions biologiques artificielles et continue à faire sur elle-même une inquiétante expérience dont il est impossible de prévoir le résultat, aussi bien sur le versant moral que sur celui de la conduite des individus et des foules.

Agglutination des rickettsies, test de séroprotection et réaction d'hypersensibilité cutanée. — M. **P. Giroud** et Mme **L. Giroud** montrent que la recherche des agglutinines anti-rickettsies doit être faite avant et après la vaccination contre le typhus exanthématique. Il n'y a aucun parallélisme entre les résultats donnés par le test de séroprotection cutanée et l'agglutination des rickettsies. Les tests de séroprotection et la réaction d'hypersensibilité donnent des résultats positifs de longues années après l'infestation, tandis que l'épreuve des agglutinines, anti-corps de l'infection, ne donnent que des résultats transitoires.

Action comparée de la tanaisie et de l'armoise sur les formes larvaires de nématodes parasites et saprophytes. — M. **R. Deschiens**. La décoction de tanaisie à 3 pour 200 détruit les larves de certains strongylidés, agents pathogènes de strongyloses des mammifères. Cette décoction se montre, au contraire, sans action sur les larves de rhabditidés, parasites des végétaux ou saprophytes. Les décoctions d'armoise à 10 pour 100 sont vermicides en 24 heures pour les larves de strongylidés des mammifères, et non vermicides pour les rhabditidés.

— M. **R. Montel** a observé l'action vermicide de certains sels d'étain (stannoxyl) sur le *Tæniasis*; il juge qu'il serait intéressant d'étudier l'action des sels d'étain sur les larves de strongylidés.

A propos d'un ornithodorus trouvé à Gao. — MM. **E. Sautet** et **P. Witkowski**. Identification d'un ornithodore rattaché à *Ornithodorus erraticus.*

Remarque sur les leptoconops. — M. **H. Harant** et Mme **G. Galan**. Description d'une nouvelle espèce de leptoconops, *L. lisbonnei*, probablement originaire de l'Afrique Mineure. Cet insecte piqueur est un ectoparasite de l'homme.

Erratum. — Dans le compte rendu de la séance du 7 Juillet 1943 paru dans *La Presse Médicale*, n° 36, du 25 Septembre 1943, page 530, au lieu de « Réactions consécutives aux injections intradermiques » (R. Sohier, J. Parnet et A. Chon), *il faudrait écrire:* « Recherches sur les réactions consécutives à l'injection intradermique de suspensions formolées de rickettsies chez l'homme ».

R. Deschiens.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

LA RADIO-ACTIVITÉ ARTIFICIELLE ET SES APPLICATIONS EN BIOLOGIE

Conférence du professeur Joliot à l'Assemblée générale de la Ligue française contre le cancer

A l'occasion de sa dernière Assemblée générale, la Ligue française contre le cancer, dont on connaît la belle œuvre de propagande prophylactique, d'assistance et d'encouragement aux recherches scientifiques, avait eu l'heureuse idée de convier M. Joliot, professeur au Collège de France, à faire une conférence sur ses admirables travaux, sur la radio-activité artificielle. Pour cet auditoire spécial, il indiqua, après un exposé scientifique de la question, les applications déjà réalisées et à prévoir dans le domaine biologique.

Tous ceux qui suivent, avec l'intérêt passionné qu'elle mérite, l'évolution de la physique atomique et nucléaire, cette prestigieuse « aventure », liront la conférence du Prof. Joliot [1]. Pour ceux qui ont eu la bonne fortune de l'entendre, elle a dû vibrer d'une résonance particulièrement émouvante.

N'allaient-ils pas apprendre du savant heureux et déjà célèbre dans le monde entier, ce que la découverte récente — après les beaux résultats et les quelques réceptions de la curiethérapie — apporte d'espoirs nouveaux dans nos moyens d'investigation et dans notre thérapeutique ?

* * *

La radio-activité artificielle est un chapitre de la Physique nucléaire qui a suivi de près la découverte de la radio-activité par Henri Becquerel, en 1896, liée elle-même à celle des rayons X en 1895. Peu après ces dates mémorables, Pierre et Marie Curie trouvèrent pour d'autres corps que l'uranium la propriété qu'avait décelée Becquerel : ce furent les premiers radio-éléments, le polonium et le radium. Leur action biologique, ainsi que celle des rayons X n'allait pas tarder à être révélée par les brûlures accidentelles que ces diverses radiations provoquaient; ce fut l'origine de la Rœntgenthérapie et de la Curiethérapie. Quarante ans plus tard Bothe et Becker, M. et Mme Joliot-Curie, Chadwick, signalaient un rayonnement très pénétrant (plus pénétrant que celui des rayons γ ordinaires) que produisent certains éléments légers, notamment le glucinium, lorsqu'on les soumet au bombardement des particules α émises par le polonium. L'étude de ces rayons qui passent très facilement à travers la matière et peuvent traverser plusieurs centimètres de plomb, sans être à peine affaiblis, a montré qu'ils sont animés de grande vitesse et ne possèdent aucune électrisation : d'où le nom de *neutrons* qui leur a été donné. Cette neutralité électrique explique leur force de pénétration et leur puissance de désintégration puisqu'ils peuvent s'approcher des noyaux atomiques sans éprouver aucune répulsion. Il devait appartenir à M. et Mme Joliot-Curie de préciser cette première étude, d'en élargir le champ et d'en montrer les conséquences proprement scientifiques ou autres, notamment dans l'action du nouveau rayonnement sur les organismes vivants, de créer enfin les techniques capables de produire les neutrons en grande intensité.

C'est à l'étude comparative des effets biologiques des divers rayonnements (photons X ou γ et neutrons) qu'on s'est d'abord appliqué. Etude difficile en raison des grandes différences de leurs mécanismes d'absorption dans la matière, importante parce qu'elle permettra d'observer des effets spécifiques de ces rayonnements. Grâce aux tests biologiques on peut déjà faire des mesures relatives, mais si l'on désire atteindre le mécanisme profond de l'action de ces radiations, des mesures absolues précises sont nécessaires.

On peut être guidé dans l'étude de ce mécanisme par l'idée que l'énergie fournie au milieu par les rayons secondaires, électrons ou noyaux, est utilisée à produire des réactions chimiques détruisant des molécules et en formant d'autres le long de leur trajectoire. Des recherches quantitatives *in vitro* seraient utiles.

Les effets d'une ampoule à rayons X ou d'une source de radium sont difficiles à observer en raison du danger que comporte la pénétration de ces rayons. Si on introduit dans l'organisme des substances radioactives, sources de rayonnements α et β, les rayons α, de parcours inférieur à 1/10 de millimètre dans ces milieux, ont des actions semblables à celles produites par les rayons nucléaires projetés par les neutrons; ceux-ci sont représentés par une multitude de fléchettes dirigées dans toutes les directions. Dans le cas des rayons X ou γ, les électrons secondaires produits le long du faisceau ont des parcours beaucoup plus grands. La perte d'énergie et par suite les effets chimiques sur les cellules, dus à un seul électron, sont répartis sur une longueur cent à mille fois plus élevée que pour un rayon α ou un autre rayon nucléaire. C'est en raison de ces différences qu'on peut espérer obtenir des effets biologiques spécifiques de ces rayonnements.

Les radio-éléments qui ont déjà été introduits dans l'organisme ont des propriétés très différentes de celles des éléments y existant normalement et on a constaté, le Prof. Lacassagne en particulier, que ces radio-éléments se concentrent de préférence dans les organes d'élimination.

En résumé, l'introduction d'un radio-élément dans l'organisme, tout en permettant d'étudier le métabolisme, revient à introduire, aux endroits de localisation, des sources de rayons qui agissent dans des volumes relativement petits. On ne disposait jusqu'à ces dernières années que des radio-éléments naturels, éléments lourds rangés à la fin de la classification de Mendeleeff, très différents chimiquement des éléments préexistant dans l'organisme et on constatait peu de différence dans les lieux de fixation. Des succès thérapeutiques avaient cependant été obtenus avec le thorium X.

Un espoir nouveau est apparu quand les physiciens réussirent à produire artificiellement des radio-éléments nouveaux, les propriétés chimiques de certains d'entre eux étant rigoureusement celles d'éléments constituant l'organisme.

Immense progrès pour la chimie nucléaire et ses applications. M. et Mme Joliot-Curie ont fixé le principe de la préparation d'un radio-élément : irradier un élément chimique avec un rayonnement convenable. Par exemple si on irradie de l'aluminium avec des rayons α issus d'une source de polonium, on transforme une partie des atomes d'aluminium en atomes de phosphore. Ce phosphore a rigoureusement les mêmes propriétés chimiques existant dans la nature, mais il est le siège d'une émission d'électrons positifs capables de traverser plusieurs mètres d'air et environ 1 cm^3 d'eau.

Comme pour les radio-éléments naturels, l'intensité du rayonnement des radio-éléments artificiels diminue exponentiellement avec le temps. Le radio-phosphore produit, comme on vient de le voir, est un isotope du phosphore naturel n'existant pas dans la nature. Deux éléments isotopes ont des propriétés chimiques rigoureusement les mêmes et ne peuvent être séparés par des réactions chimiques. Introduits dans un organisme ils subissent exactement le même sort. La vie moyenne du radio-phosphore préparé pour la première fois par M. Joliot est de quelques minutes. Un radio-azote de période dix minutes fut préparé de même en transmutant le bore en azote par bombardement avec des particules γ.

Dès que ces premiers résultats furent connus, les chercheurs, dans toutes les parties du monde, se mirent au travail et attaquèrent la matière avec des rayonnements divers : rayons α, deutérons, protons, neutrons et photons. En même temps les techniques se perfectionnaient, le Prof. Lawrence, des Etats-Unis, construisait son célèbre *Cyclotron*.

Plus de 350 radio-éléments nouveaux, isotopes des radio-éléments chimiques déjà connus, ont été ainsi préparés. On a même réussi à préparer des radio-éléments n'ayant pas d'isotopes stables connus. Ces radio-éléments ont des vies moyennes allant de la fraction de seconde à des milliers d'années, tel le radio-carbone récemment découvert, dont l'emploi sera très utile pour les études biologiques.

M. Joliot examine ensuite les facteurs dont dépend la facilité de préparation et le rendement qui varie dans de larges limites comme les réactions nucléaires elles-mêmes.

La cible contenant la substance à transformer doit être enfin chimiquement traitée pour que soit isolé le radio-élément qu'on recherche. Nouvelles manipulations dans le détail desquelles nous n'entrerons pas, regrettant de ne pouvoir au moins nous arrêter un moment à cette *méthode des indicateurs radio-actifs* qui est d'un usage si fréquent et d'une si grande sensibilité.

C'est surtout en biologie que les applications de la radio-activité artificielle ont été faites, notamment dans des études de métabolisme chez les plantes et les animaux. Jusqu'à la découverte de la radio-activité artificielle, l'étude des métabolismes ne pouvait être effectuée que par les méthodes de la chimie courante. Il était nécessaire le plus souvent d'introduire dans l'organisme des quantités importantes d'éléments, ce qui perturbait le plus souvent les processus chimiques et physiques. D'autre part il n'était pas possible par les procédés alors employés de distinguer les éléments introduits dans l'organisme de ceux de même nature chimique qui y sont normalement présents. Il en va tout autrement avec les méthodes actuelles.

Les éléments utilisés sont principalement le phosphore, le sodium, l'iode, le chlore, le brome, l'arsenic, le soufre, le fer, le fluor, le carbone dont la durée de vie (vingt et une minutes) a été longtemps un obstacle. Sous cette forme cependant, une étude de l'origine de cet élément dans la formation du glucogène à partir de l'acide acétique avait pu être faite. On sait préparer maintenant un carbone actif dont la vie moyenne est de quelques dizaines de milliers d'années.

Le Prof. Joliot a terminé son exposé en donnant, pour montrer la fécondité de la méthode, quelques exemples de recherches : de belles études sur la nutrition des plantes concernant particulièrement les mouvements dans celles-ci du phosphore introduit à l'état de phosphate dans le sol ; l'étude chez les animaux du métabolisme de certains éléments : arsenic, soufre, phosphore, fluor, iode pourra four-

1. Elle paraîtra incessamment et *in extenso* dans le *Compte rendu* de l'Assemblée générale du 8 Juin 1943 (au siège de la Ligue, 6, avenue Marceau). Nous tenons à remercier M. le Secrétaire général de l'obligeance avec laquelle il nous a communiqué le texte de cette conférence.

nir à la thérapeutique des renseignements dès à présent utilisables; des travaux de conséquence très importante ayant pour objet le sort de l'élément fer chez les animaux normaux et anémiés ont été effectués par Whipple et Harlow, en Amérique; des observations ont pu être faites dans le laboratoire de M. Joliot sur les échanges de divers éléments entre le plasma et les globules rouges; on s'est attaqué à certains problèmes endocriniens, de l'iode radio-actif a déjà été utilisé pour établir un diagnostic sur le fonctionnement de la thyroïde chez l'homme...

* * *

Dans des milieux déjà instruits et propices, comme la *Ligue française contre le cancer*, des conférences comme celle-ci sont les bienvenues et on ne peut que souhaiter qu'elles se multiplient. Elles seraient non moins bien accueillies dans les Facultés de médecine. On ne peut demander à l'étudiant au terme de ses études, ni au praticien chevronné, d'avoir, des sciences — qu'on appelait autrefois accessoires — une connaissance approfondie, au point de complexité où elles sont arrivées. Il serait donc désirable qu'une sorte de collaboration s'établît : à l'occasion des grandes découvertes, des progrès importants, le Centre qualifié déléguerait auprès de nous un de ses maîtres.

Cette pratique aurait un double avantage : elle enrichirait le bagage scientifique du médecin ; elle susciterait des chercheurs qui, se joignant aux physiciens et aux chimistes, constitueraient, selon le vœu de M. Joliot, des équipes dont le travail commun serait certainement productif.

Aussi bien, les domaines de la physique atomique et de la physiologie cellulaire ne sont-ils pas régis par les mêmes lois ? Si Claude Bernard a eu raison, pourquoi, en un demi-siècle, tant de lumière projetée sur l'atome et son noyau et tant d'obscurité encore sur la cellule vivante ? Ne serait-ce pas qu'il y a entre le biologiste d'une part, le physicien et le chimiste d'autre part, une cloison trop étanche ? Il y a plus. Le médecin est de moins en moins préparé à suivre le mouvement scientifique, alors qu'il devrait y être de plus en plus apte. L'enseignement des sciences, de la physique et de la chimie en particulier, a été tout récemment très réduit. L'épreuve physique est supprimée à l'écrit du baccalauréat 1re partie, et la réforme du P. C. B. s'est traduite par une diminution considérable de ces mêmes sciences. La magistrale conférence du Prof. Joliot s'est terminée sur ce cri d'alarme et sur cet appel à une collaboration nécessaire aux progrès de la biologie et de la médecine.

Robert Gavillard.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Modifications de la composition du Conseil National

Le docteur Cibrie, coopté par le Conseil national aux dernières élections, a donné sa démission de *vice-président* et de *membre*. Il a été remplacé par M. Duguy, *membre* élu par cooptation.

Le Prof. Balthazard, président du Conseil du Collège départemental de la Seine, a donné sa démission de *membre* du Conseil national. Il a été remplacé par le docteur Largft (de Saint-Germain-en-Laye), président du Conseil du Collège départemental de Seine-et-Oise, *premier membre délégué* suppléant de la région de Paris.

Le docteur Brouardel, membre délégué de l'Académie de Médecine, a donné sa démission des fonctions de *vice-président* du Conseil national.

— En conséquence les diverses sections du Conseil national seront ainsi présidées :

1re section. — *Défense morale et légale de la profession :* Président, M. Aubertin.

2e section. — *Action médico-sociale :* Président, M. Laurès.

3e section. — *Organisation intérieure de la profession :* Président, M. Oberlin.

4e section. — *Rapports avec les collectivités :* Président, M. Puig.

5e section. — *Gestion du patrimoine corporatif et trésorerie:* Président : M. Hollier.

Conseils Régionaux

Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région de Lille. — MM. Portebois, chir. dent. (Lille) ; Gras, chir. dent. (Roubaix) ; Jean Toulotte, chir. dent. (Lens) ; Dr Louis Wagon, stomatologiste (Paris-Plage).

Région de Bordeaux. — Dr Maronneaud, stomatologiste (Bordeaux) ; MM. Fabre, chir. dent. (Bordeaux) ; Larrea (Bordeaux) ; Flochet (Dax).

Région de Poitiers. — MM. Cromont, chir. dent. (Niort) ; Sarotte, chir. dent. (Cognac) ; Etienne Labarthe, chir. dent. (Saintes) ; Dr Ragaint, stomatologiste (Poitiers).

Région d'Orléans. — MM. Dupuis, chir. dent. (Orléans) ; Ringes, chir. dent. (Saint-Amand) ; Lamy, chir. dent. (Lamotte-Beuvron) ; Dr Foucrert, stomatologiste (Chartres).

Région de Limoges. — MM. André Pous, chir. dent. (Bergerac) ; Duthel, chir. dent. (Limoges) ; Ragot, chir. dent. (Issoudun) ; Dr Bussy, stomatologiste (Lubersac).

Région de Montpellier. — MM. Plages, chir. dent. (Quillan) ; Brouze, chir. dent. (Espalion) ; Charvin, chir. dent. (Mende) ; Dr Favier, stomatologiste (Montpellier).

Région de Lyon. — Dr Gignoux, stomatologiste (Lyon) ; MM. Viard (Annonay) ; Priolet (Roanne) ; Vaisse (Lons-le-Saunier).

Région de Grenoble. — Dr Seiler, stomatologiste (Bourgoin) ; MM. Pelossier, chir. dent. ; Félix Rouvier, chir. dent. (Aix-les-Bains) ; Pethellaz, chir. dent. (Rumilly).

(*J. O.*, 29 Décembre 1943.)

Collège départemental de la Seine

Réunion des Délégués (19 Décembre 1943)

Le Dr Lafay, secrétaire général, dans un rapport très complet, exposa les diverses activités du Collège de la Seine et les actions entreprises en vue de l'amélioration de la situation des médecins : *rapatriés, sinistrés, roulage-voitures Sloan, distribution de bons d'alcool (amélioration pour le trimestre prochain), de textiles*, etc. Il annonça l'attribution prochaine de la *carte T aux médecins*[1].

Le Dr Tissier-Guy, vice-président, donna des précisions sur les *questions fiscales :* forfait, pré-conciliation. Dans l'ensemble, le nombre des différends a été faible et l'accord s'est réalisé facilement avec les contrôleurs, grâce aux confrères pré-conciliateurs.

Le Dr Barthe mit au point la question de la *médecine du travail :* organisation, but, rapports entre médecins traitants et médecins d'entreprise. Il a annoncé que les dispensaires d'usine disparaîtraient petit à petit et que la solution la meilleure était la médecine du travail à temps complet par des médecins spécialisés.

Le Dr Huet, pour la *Caisse Maladie allemande*, précisa que la liquidation des paiements trimestriels s'était faite ces dernières semaines grâce au travail d'un organisme de contentieux auquel il avait dû avoir recours. Les règlements se feraient dorénavant dans le trimestre qui suivrait les actes médicaux, à la condition que les notes soient adressées dans les dix premiers jours du trimestre.

Le certificat est passé de 130 à 170 fr., ce qui met le prix de la consultation à 34 fr., celui de la visite à 44 fr. et celui de la visite de nuit à 80 fr. Pour les actes médicaux de spécialistes leur prix atteint 50 fr. pour la consultation, 60 fr. pour la visite, 80 fr. pour la visite de nuit. La valeur du K chirurgical est passée de 15 à 18 fr.

Enfin M. Balthazard, président du Collège de la Seine, indiqua les raisons de sa démission du Conseil national; il n'est pas partisan, pour la retraite des médecins, d'une Caisse autonome gérée par ceux-ci; il avait plus confiance à un consortium d'assureurs. Il veut réussir, pour la Seine, une œuvre d'entr'aide et fera mettre bientôt en circulation un *carnet de coupons* portant un timbre du Collège. Les malades ayant besoin de certificats verseront une somme minime dont la totalité assurera à la Caisse d'entr'aide des sommes importantes.

Pour assurer la liaison avec les confrères — un bulletin ne pouvant être créé actuellement — le président veut faire revivre les Sociétés médicales d'arrondissement et des communes de banlieue, dont la plupart sont en sommeil. Celles-ci deviendraient des sections du Collège de la Seine.

De nombreux délégués félicitèrent le bureau de son activité, après des questions ou observations de MM. Dournel, Ogliastri, Defort et Rouèche.

H. R.

Timbre d'Entr'aide et Carnets de Certificats Médicaux

En raison de l'augmentation croissante du nombre des certificats de régime, le ministère du Ravitaillement, la Préfecture de la Seine et le Conseil départemental se sont mis d'accord sur la réalisation de *deux carnets à souche de 50 certificats*. Ceux-ci sont imprimés de façon à alléger autant que possible la tâche du praticien. L'un d'eux est réservé aux régimes alimentaires et à la prescription du lait condensé aux enfants. L'autre est destiné à la prescription des régimes des femmes en état de grossesse ou d'allaitement.

Un timbre du Conseil de l'Ordre doit être apposé sur chaque certificat. Son montant de 10 francs doit être réglé par le malade. Les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite en sont exonérés. Les ressources créées par ce timbre seront affectées aux œuvres d'entr'aide médicale du département.

Les certificats de ces carnets à souche ne nécessitent pas la légalisation de la signature du médecin.

La durée de validité des certificats médicaux concernant les malades atteints d'affection à caractère permanent peut atteindre six mois. (La date d'entrée en vigueur de ces certificats sera annoncée en temps voulu.)

ÉTABLISSEMENT DES IMPOTS DIRECTS
Du rôle des représentants de l'Ordre des Médecins

La loi n° 974, du 24 Octobre 1942, portant réforme fiscale parue au *J. O.* du 6 Janvier 1943 donne aux membres du corps médical, médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, le droit d'opter entre deux régimes pour l'établissement de l'impôt sur leurs bénéfices professionnels : le régime du bénéfice forfaitaire et le régime du bénéfice réel. L'évaluation du bénéfice imposable appartient entièrement aux agents de l'administration des impôts directs, mais si leur évaluation est contestée par le contribuable ils doivent faire appel non pas à l'arbitrage, mais à l'appréciation d'un représentant du corps médical. Dans ces circonstances, les chirurgiens-dentistes ont leur statut et leurs représentants particuliers; les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des Médecins désignent les représentants de l'ensemble des médecins, représentants qui ont en même temps la charge des intérêts des sages-femmes.

Régime du forfait. — Les médecins qui choisissent le régime du forfait doivent le déclarer au contrôleur dans les trois premiers mois de l'année en lui fournissant tous les renseignements théoriques et pratiques concernant l'exercice de la profession de nature à préciser leur situation. Se basant sur ces données, le contrôleur établit son évaluation du forfait et le communique à l'intéressé. Si ce dernier ne croit pas devoir l'accepter et formule des propositions différentes, le contrôleur provoque l'avis du représentant de l'Ordre délégué à la fixation du forfait et lui transmet tous les éléments à l'aide desquels il a établi son évaluation, ainsi que les contre-propositions de l'intéressé. Après examen du dossier, le médecin délégué, qui a la faculté de compléter l'enquête auprès de son confrère s'il le juge utile, donne son appréciation au contrôleur. Si, malgré ces tentatives, l'accord ne s'établit pas entre le contrôleur et le contribuable, la procédure du forfait est abandonnée et le médecin intéressé est soumis automatiquement au régime de l'imposition sur les bénéfices réels (voir plus loin).

Il est à prévoir que nombreux seront les cas où devra intervenir le représentant de l'Ordre délégué à la fixation du forfait. L'Administration des contributions directes a suggéré l'organisation suivante, qui a été adoptée :

Un médecin de clinique générale sera délégué auprès de chacune des cinq directions départementales des contributions de la Seine, qui sont ainsi disposées :

1re Direction : 1er, 2e, 8e, 9e et 17e arrondissements.
2me Direction : 3e, 4e, 10e, 11e, 12e, 18e, 19e et 20e arr.
3me Direction : 3e, 4e, 10e, 12e, 18e, 19e et 20e arr.
4me Direction : Arrondissement de Saint-Denis.
5me Direction : Arrondissement de Sceaux.

D'autre part, un représentant de chaque spécialité médicale (Chirurgie, Oto-Rhino-Laryngologie, Ophtalmologie, Stomatologie, Obstétrique-Gynécologie, Neuro-Psychiatrie, Dermato-Vénérologie, Electro-Radiologie, Biologie, Laboratoires) sera délégué pour toute l'étendue du département de la Seine auprès de l'administration fiscale, l'accoucheur-gynécologue ayant qualité pour donner son avis sur la détermination des bénéfices imposables des sages-femmes.

Le régime du forfait a été souvent réclamé par des médecins désireux surtout d'échapper à l'obligation fastidieuse de tenir au jour le jour un livre-journal de leurs recettes et d'établir une évaluation minutieuse de leurs dépenses professionnelles. Il n'est pas certain que la tentation de la moindre action soit ici bonne conseillère. La tenue rigoureuse du livre de recettes sera toujours une garantie précieuse : le forfait conclu pour 2 ans peut être revisé à chaque renouvellement et même dénoncé en cours de route; quel autre témoin que son livre de recettes le médecin pourra-t-il invoquer pour se défendre contre une taxation excessive ? On doit conseiller de ne pas négliger leur livre-journal, dont la tenue reste obligatoire même quand le forfait dispense de sa *production*.

Régime du bénéfice réel. — Le régime de l'imposition sur le bénéfice réel est le régime ancien avec quelques modifications. Il est basé sur la tenue du livre-journal. Voici en quels termes l'art. 87 de la loi prescrit cette formalité :

Les médecins « *sont tenus d'avoir un livre-journal servi au jour le jour et présentant le détail de leurs recettes et de leurs dépenses professionnelles. Le livre-journal ne comporte en regard de la date que le détail des sommes encaissées.* »

Malgré son âge déjà respectable, le livre-journal est mal connu et souvent mal « servi » par les médecins. Certaines maisons, pour leur venir en aide, ont édité des cahiers perfectionnés avec des divisions, colonnes et mentions qui vont à l'encontre du but. Le registre le plus simple est le meilleur : un bon cahier de papier réglé ou quadrillé sur chaque ligne duquel le médecin inscrira la date et le versement effectué, et même le mode de versement, chèque, mandat ou comptant.

1. Réalisé depuis (voir p. 13).

« Le détail des sommes encaissées » signifie que chaque client doit être l'objet d'une mention et occuper une ligne spéciale, sans confusion ni totalisation avec d'autres clients. Pour se reconnaître dans ses écritures, le praticien peut caractériser chaque versement par une mention quelconque, numéro ou lettre, correspondant à une mention semblable de son carnet personnel; mais ce que le Code civil et le Code de déontologie ne lui permettent pas de faire et que les agents du fisc ne peuvent lui demander, c'est d'inscrire sur ce livre-journal le nom de son malade.

Nous ne saurions trop attirer l'attention des confrères sur la nécessité de la tenue rigoureuse du livre-journal. C'est la pièce essentielle de l'investigation du contrôleur, qui est obligé d'en tenir le plus grand compte; c'est aussi le seul moyen dont dispose le préconciliateur pour apprécier la situation de son confrère et pour le défendre au besoin.

L'absence d'un livre-journal complet, probant, rend mauvaise la meilleure cause. Vous n'ignorez pas que ce livre doit être conservé pendant toute la période sur laquelle le contrôle fiscal peut faire remonter ses enquêtes, c'est-à-dire pendant quatre années en temps ordinaire (exceptionnellement, ce contrôle peut remonter jusqu'aux bénéfices de l'année 1936).

La tenue du livre de recettes est simple et bien précisée; la tenue du livre de dépenses professionnelles l'est beaucoup moins. L'obligation en est nouvelle; aucune indication sur sa rédaction n'est donnée par la loi ni par l'administration, qui n'a pas encore élucidé ce point. La tenue conjointe du livre de recettes et du livre de dépenses sur le même registre semble impossible. On devra, jusqu'à plus ample informé, se contenter d'un compte spécial et d'évaluations approximatives en ce qui concerne les dépenses communes de la maison et de la profession, comme il a été fait jusqu'ici. Il est bon de conserver les factures justificatives des dépenses importantes ou exceptionnelles.

Le revenu professionnel net imposable est représenté par la différence entre le montant des recettes totales et les frais professionnels. La déclaration en est souscrite au début de chaque année par le contribuable. Si le contrôleur juge cette déclaration insuffisante, il a toute autorité pour établir lui-même la base de l'imposition qu'il notifie au médecin, contribuable; si celui-ci croit cette imposition excessive, il a le droit, dans un délai de vingt jours, de demander l'intervention du représentant de l'Ordre des Médecins. L'Administration saisira elle-même le préconciliateur du litige en lui communiquant le dossier.

Ainsi est établi légalement le rôle du préconciliateur fiscal qui avait été officieusement admis jusqu'en 1940 par une entente entre l'Administration des impôts directs et la Confédération des Syndicats médicaux, et dont il n'était plus question dans la loi du 13 Janvier 1941. Pour remplir sa mission le préconciliateur est, sauf de rares exceptions, dans la nécessité d'entrer en contact direct avec son confrère, d'étudier avec lui son dossier, d'examiner ses livres, enfin il enverra au contrôleur un avis écrit qui restera au dossier et devra le cas échéant être communiqué à la Commission départementale. Son intervention est donc importante; il est probable qu'elle sera moins fréquente que celle des délégués au forfait, mais qu'elle demandera plus de soins.

Aussi a-t-il été convenu que les préconciliateurs seraient désignés dans les mêmes conditions que les délégués à l'évaluation du forfait : 5 médecins, de cliniciens pour les 5 divisions administratives et un spécialiste pour chacune des 9 spécialités médicales. La désignation des préconciliateurs a été faite par le Conseil départemental de la Seine, alors que la loi la confie au Conseil régional de l'Ordre; mais ce dernier Conseil n'étant pas encore constitué ses pouvoirs restent dévolus au Conseil départemental.

Si l'accord n'a pu s'établir entre le contrôleur et le médecin contrôlé, le litige est porté devant la Commission départementale des impôts directs, qui remplace l'ancienne Commission de taxation supprimée par la loi du 13 Janvier 1941. Quatre médecins ont été désignés pour siéger à cette Commission en qualité de Commissaires titulaires; à leur défaut ils seront remplacés par 4 commissaires suppléants. Ces 8 commissaires ont été choisis en dehors des premiers délégués et des préconciliateurs qui auraient pu avoir à connaître antérieurement des litiges évoqués.

DIRECTIVES GÉNÉRALES. — Il apparaît que les représentants des médecins auront une charge lourde mais très importante à remplir dans la fixation des impôts professionnels. Il est désirable que tout en gardant leur complète indépendance dans l'appréciation des cas particuliers, ils aient dans l'ensemble une certaine unité de vue.

Les fonctionnaires de l'administration des contributions reflètent l'état d'esprit du public et ne connaissent qu'imparfaitement la situation particulière au Corps médical parisien. Ils conçoivent mal que tout acte médical ne soit pas honoré et que le praticien prétende faire une visite gratuite pour 3 visites payantes. Ils admettent difficilement que les docteurs pourvus de titres honorables, médecins des hôpitaux ou agrégés, n'aient pas d'emblée une situation prospère. Ils ignorent l'infinie variété des situations médicales qui s'échelonnent entre le grand spécialiste connu de tous et le praticien caché frôlant la misère. Ils ont peine à comprendre qu'à Paris, dans les quartiers aisés, un jeune médecin soit obligé d'attendre de 4 à 8 ans pour gagner la vie de sa famille. Ils ne se rendent pas exactement compte de l'effrayante concurrence des hôpitaux et des dispensaires qui n'existent pas en province. Suivant les cas, toutes ces circonstances devront être rappelées aux contrôleurs qui n'ont aucune prévention contre le médecin, mais qui sont tout à fait étrangers à sa vie professionnelle.

Du côté de son confrère, le représentant de l'Ordre devra faire porter son action sur deux éléments : le montant des recettes totales, l'évaluation des frais professionnels. Il ne négligera pas dans son appréciation de faire entrer en ligne de compte la situation de fortune personnelle de l'intéressé qui est un élément déterminant de l'activité professionnelle.

Le montant des recettes est inscrit dans le livre-journal, mais ce livre est souvent mal tenu aux yeux du contrôleur qui l'écarte et taxe d'office. Or, un livre même mal tenu, peut être probant pour le délégué ou le préconciliateur qui le compare aux carnets de visites journalières que son confrère peut lui confier. Ce contrôle permet de s'assurer de la sincérité de la déclaration. Cette sincérité est d'ailleurs la règle : soit par honnêteté foncière, soit pour ne pas se diminuer devant autrui, soit par crainte du contrôleur, les médecins font dans l'ensemble des déclarations sincères de leurs revenus professionnels.

Par contre, on remarque une tendance manifeste à l'exagération des dépenses professionnelles. Cette tendance est explicable : toute la vie du médecin tient à sa profession. S'il n'était médecin, il n'habiterait pas tel quartier et tel appartement, il se contenterait d'un train de maison plus modeste, surtout il n'aurait pas de voiture. C'est vrai, mais ne sont admises comme dépenses professionnelles que celles qui sont *nécessitées par l'exercice de la profession;* le reste incombe au budget familial.

Dans le budget moyen d'un médecin clinicien, l'administration admet couramment que les frais professionnels absorbent 30 à 40 pour 100 des recettes totales; quand cette proportion est dépassée sans raison apparente, le médecin peut être appelé à faire la preuve du dépassement. Le loyer professionnel est admis pour le tiers du loyer total, ainsi que tous les frais d'entretien de la maison, chauffage et éclairage. Les frais de transport constituent le chapitre le plus variable, le plus embrouillé, le plus discuté du budget médical. Suivant que le praticien possède ou non une automobile, qu'il ait ou non un chauffeur, compte tenu de toutes les circonstances, on peut admettre que les frais de transport représentent 15 à 25 pour 100 des recettes totales et qu'ils sont toujours en relation étroite avec ces recettes. Il va sans dire que ces données varient suivant la situation du médecin ; le spécialiste qui a plusieurs cabinets d'examen aura un loyer plus important; par contre, ses frais de déplacements seront moins élevés. Le stomatologiste et surtout le radiologue auront à couvrir des frais d'installation très élevés, alors que ces frais sont presque inexistants pour le clinicien. C'est pour apprécier en connaissance de cause chaque cas particulier que chaque spécialité médicale a été représentée dans les délégations.

Le médecin est souvent poussé par des conseils maladroits à enfler les frais professionnels qu'il va déduire des recettes totales. Il ne songe pas que, en présence de frais professionnels élevés, le contrôleur va conclure inévitablement à des gains élevés et réclamer une augmentation du bénéfice net imposable. Très logiquement l'administration des contributions attend du praticien une déclaration de recettes globales qui se rapproche du chiffre moyen des recettes des médecins de situation comparable à la sienne, une évaluation des frais professionnels proportionnelle aux recettes et l'apparition d'un bénéfice net au moins suffisant pour subvenir aux besoins du foyer médical: en un mot une déclaration sincère et équilibrée. C'est précisément le même but que devront chercher à atteindre les représentants de l'Ordre dans leurs rapports avec les médecins contrôlés. Vous pouvez être assurés que dans ces rapports ils ne perdront jamais de vue qu'ils ont affaire à des confrères dont la vie est dure, à qui ils doivent leurs conseils, leur aide, leur équité et, le cas échéant, leur indulgente sympathie.

LOI N° 484 DU 15 NOVEMBRE 1943
modifiant l'article 16 de la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la Médecine

Art. 1er. — L'article 16 de la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifié par la loi du 26 Mai 1941, est à nouveau modifié comme suit :

« *Art.* 16. — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien dentiste ou de sage-femme, prend part habituellement ou par une direction suivie hors les cas prévus par les articles 6 et 32 de la présente loi au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf dans les cas d'urgence avérée, ou qui pratique l'un des actes professionnels prévus par une nomenclature qui sera fixée par arrêté du secrétariat d'Etat à la Santé.

« 2° .. .. »

(La suite sans changement.)

(*J. O.*, 10 Décembre 1943.)

La carte T aux médecins

Les docteurs en médecine exerçant dans les localités classées parmi les Centres à suppléments nationaux ou régionaux, inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et désignés par le Conseil départemental parmi ceux qui, en raison notamment du nombre des visites de malades à domicile qu'ils effectuent de façon constante et habituelle, sont appelés à fournir des efforts particuliers « sont admis au bénéfice de la carte T » (conformément aux instructions du secrétariat d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement).

En conséquence, *pour le département de la Seine*, le classement en catégorie T ne pourra être accordé aux docteurs en médecine que sur présentation par les intéressés d'une attestation délivrée par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, Paris.

Stocks d'Insuline d'urgence

Le *Centre répartiteur de l'insuline* communique ce qui suit: En vue de faciliter le traitement des malades atteints de coma diabétique, il a été créé en divers points du territoire des dépôts dits « STOCKS D'INSULINE D'URGENCE », où il est possible de se procurer immédiatement de l'insuline sans autre formalité que la présentation d'une ordonnance signée par le médecin traitant et portant la mention « Coma diabétique ».

Il est formellement interdit de recourir à ces stocks pour le traitement habituel du diabète ou toute autre complication que le coma diabétique.

Nous donnons ci-dessous la liste des 69 stocks créés dans le secteur du Centre répartiteur de Paris. On remarquera que, dans certaines localités, le stock a été entreposé à l'hôpital ; celui-ci est tenu d'en faire bénéficier non seulement les malades hospitalisés mais encore tous les malades de la région dont le traitement justifierait le recours au stock d'urgence.

Dans les mois prochains ces stocks seront multipliés. Les malades, les médecins, les pharmaciens sont invités à conserver la liste ci-dessous. Ils pourront aussi, en cas de nécessité, téléphoner au Centre répartiteur de Paris (Diderot 12-89) qui leur fera connaître le stock le plus proche de la résidence du malade.

LISTE DES STOCKS D'URGENCE DU CENTRE RÉPARTITEUR DE PARIS.

Paris : Laboratoires Bruneau, 15, rue de Berri (8e).

Seine : Bourg-la-Reine (Miscopein, 15, Grande-Rue) ; Courbevoie (Dournel, 36, bd de Verdun) ; Clamart (Jovignot, 26, rue de Paris) ; Drancy (Bostviger, 45, rue Sadi-Carnot) ; Maisons-Alfort (Everlange, 211, rue de Créteil) ; Montreuil (Bizet, 32, rue Rouget-de-l'Isle) ; Neuilly-sur-Seine (Bonin, 153, avenue de Neuilly) ; Pré-Saint-Gervais (Pierre, 39, rue Charles-Nodier) ; Saint-Maur (Chaigneau, 4, square des Maronniers) ; Saint-Ouen (Petitjean, 1, rue d'Alembert) ; Villejuif (Lelegard, 68, avenue Jean-Jaurès) ; Vincennes (Delabre, 17, avenue de Paris).

Seine-et-Oise: à l'hôpital de Versailles, de Corbeil, d'Etampes, de Mantes, de Pontoise et de Ramhouillet.

Seine-et-Marne: à l'hôpital de Melun, de Coulommiers, de Fontainebleau, de Meaux et de Provins.

Loiret : à l'hôpital d'Orléans, Giens, Montargis, Pithiviers.

Loir-et-Cher : à l'hôpital de Blois, de Romorantin, de Vendôme, d'Evreux, de Bernay, des Andelys et de Pont-Audemer.

Eure-et-Loir : à l'hôpital de Chartres, de Châteaudun, de Dreux et de Nogent-le-Rotrou.

Cher : à l'hôpital de Bourges et de Saint-Saturnin.

Seine-Inférieure : à l'hôpital de Rouen, de Dieppe, du Havre, de Neufchâtel et d'Yvetot.

Calvados : à l'hôpital de Caen, de Bayeux et de Lisieux.

Manche : à l'hôpital de Saint-Lô, Avranches, Coutances.

Orne : à l'hôpital d'Alençon, d'Argentan, de Domfront et de Laigle.

Marne : Châlons (Pharm. Ploussard); Epernay (Pharm. Royer) ; Reims (Pharm. Charlier) ; Sainte-Menehould (Pharm. Baillon) ; Vitry-le-François (Pharm. Mutel).

Haute-Marne : Chaumont (Pharm. Jastel) ; Doulanges-le-Château (Pharm. Masse) ; Langres (Pharm. Andrieux) ; Saint-Dizier (Pharm. Thomas).

Aube : Troyes (Pharm. Croix) ; Arcis-sur-Aube (Pharm. Corgibet) ; Bar-sur-Aube (Pharm. Leroux) ; Bar-sur-Seine (Pharm. Rolandez) ; Romilly-sur-Seine (Pharm. Frotte).

Prélèvement, Récolte, Collecte et Transports des GLANDES ORGANES ET TISSUS ANIMAUX
destinés à des usages thérapeutiques] et à l'opothérapie

Un arrêté du 5 Novembre 1943 vient de paraître au *Bulletin municipal officiel de la Ville de Paris* (23 Décembre 1943). Il fixe les conditions pour être agréé comme organisme récolteur, les règles d'hygiène des locaux, les conditions de prélèvement et de travail des organes et des fœtus, leur conservation, leur transport, l'enlèvement des résidus et déchets.

Il interdit certains prélèvements sur les viandes foraines et importées et institue un contrôle quantitatif des marchandises.

Officiers et auxiliaires du Service de Santé libérés

LISTE DU 29 NOVEMBRE 1943.

Méd. aux. Bergeret (St. XI B) ; Méd. 2e cl. Marine Poirier (St. I A) ; Méd. Lt Couve (St. IV F) ; Méd. S.-Lt Roux (St. IV D) ; Méd. S.-Lt Szanto (St. III. D, Rez-Laz 119) ; Méd. Cap. Rescanières (St. I A) ; Méd. Aux. Quintard (St. III D) ; Méd. Lt Marquez, Méd. Aux. Dellys, Méd. Lt Plazolles et Olivier, Méd. Aux. Tixier et Aspirant Moreau (St. 398) ; Méd. Lt Huet (St. X B) ; Méd. Aux. Lemaître (St. XI B) ; Méd. Aux. Leduc (St. III D) ; Méd. Aux. Hervy (St. 325) ; Méd. Lt Gazelle (St. XIII C) ; Méd. Lt Le Gall (St. XVIII A) ; Méd. Aux. Eydieux et Méd. Lt Raabe (St. VII A) ; Dent. Aux. Geffray (St. IV A) ; Dent. Lt Touzeau (St. IV A) ; Méd. Aux. Porteils (St. IV C) ; Méd. Aux. Vittori (St. XVII B) ; Méd. Aux. Hentges, Lardy et Krisek (St. XVII A) ; Méd. Aux. Marinetti et Méd. Lt Bernis-Bergeret (St. XII D) ; Méd. Cap. Etienney (St. V A) ; Méd. Cap. Colas (St. 398) ; Méd. Aux. Moussour (St. XVII A) ; Méd. Aux. Dujardin (St. VI A) ; Méd. Lt Piett (St. XII A) ; Méd. Aux. Vissian (St. IX C) ; Méd. Aux. Dufour (IX A) ; Méd. Aux. Capdeville (St XI B) ; Méd. Ct Guérin (Glaser Bon X) ; Méd. Aux. Alexandre (St. X B) ; Méd. Aux. Attali (St. 398) ; Dent. Lt Delaistre, Méd. Aux. Hecht, Corcodel et E. O. R. Goguel (St. IV G) ; Méd. Aux. Ballade (St. VI J).

Université de Paris

Faculté de Médecine. — ÉLECTION. — Le Conseil de Faculté, dans sa séance du 16 Décembre, a décidé de proposer à l'agrément du ministre : pour la *chaire de clinique obstétricale Tarnier*, M. LANTUÉJOUL, 22 voix (contre 18 à M. Vignes et 1 bulletin blanc).

M. DÉROBERT, assistant titulaire, est chargé provisoirement, à dater du 1er Octobre 1943, des fonctions d'agrégé de médecine légale (M. Desoille, momentanément empêché).

Il est rappelé à MM. les étudiants que les ***consignations pour les examens de fin d'année*** doivent être faites du 3 au 15 Janvier 1944. Les étudiants encore en instance d'exonération de droits scolaires, au titre des familles nombreuses, *sont également tenus de s'inscrire à leur examen, dans les mêmes délais*, mais à titre provisoire.

Actualités thérapeutiques. — Des conférences sur les questions d'actualité thérapeutique, complétant le cours du Prof. Ch. AUBERTIN, auront lieu en Janvier et Février 1944, le mercredi à 17 h. au Petit Amphithéâtre.

12 Janvier : la télérontgenthérapie totale, par M. Cottenot. — 19 Janvier : les injections intraveineuses de novocaïne, par M. Ameuille. — 26 Janvier : le traitement actuel de l'épilepsie, par M. Pagniez. — 2 Février : le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle, par M. J. Meillière. — 9 Février : le traitement de la sciatique, par M. de Sèze.

Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie. — Un cours de perfectionnement préparatoire au diplôme d'hygiène est organisé à l'intention des docteurs en médecine ou étudiants en médecine n'ayant plus que la thèse à soutenir, qui auront été retenus en captivité pendant deux années au moins après le 25 Juin 1940.

Ce cours spécial, d'une durée de deux mois, commencera le 1er Mars 1944, à 14 h. 30, au Laboratoire d'Hygiène; il aura lieu tous les jours, le matin et l'après-midi, et comportera des conférences, travaux pratiques et séances d'instruction.

Inscriptions reçues au Secrétariat de la Faculté (Guichet 4) jusqu'au 31 Janvier 1944.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Les chaires de *Médecine légale* (dernier titulaire : M. Lande, retraité), de *Clinique chirurgicale infantile et orthopédie* (dernier titulaire : M. Rocher, retraité), de *Clinique des maladies des voies urinaires* (dernier titulaire : M. Duvergey, retraité) sont déclarées vacantes. Un délai de 20 jours, du 12 Décembre 1943, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Pierre SWYNGEDAUW, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, est chargé provisoirement de *la chaire de clinique chirurgicale La Charité*.

— M. Pierre INGELRANS, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

— M. DELANNOY, professeur de Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, est transféré dans la chaire de *clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur* (M. Lambret, retraité).

Faculté de Médecine de Lyon. — La *chaire d'hydrologie et climatologie* (dernier titulaire : M. Gaté) est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à dater du 21 Décembre 1943, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— Les chaires de *chimie organique et toxicologie* (dernier titulaire : M. Morel, retraité), de *médecine expérimentale et bactériologie* (dernier titulaire : M. Arloing, retraité), de *clinique chirurgicale* (dernier titulaire : M. Patel, retraité) sont déclarées vacantes. Un délai de 20 jours, à compter du 28 Décembre 1943, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. GRISOLI est provisoirement chargé des fonctions de chef de travaux d'anatomie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — La chaire de *clinique gynécologique* (dernier titulaire, M. Lapeyre, transféré) est déclarée vacante.

Faculté de Médecine de Nancy. — Les chaires de *clinique obstétricale* (dernier titulaire: M. Fruhinsholz) et de *chimie médicale* (dernier titulaire : M. Robert, retraité) sont déclarées vacantes. Un délai de 20 jours, à dater du 21 Décembre 1943, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— M. VERMELIN, agrégé libre, est chargé, à titre provisoire, de l'enseignement de l'obstétrique.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Jacques FABRE, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur d'*anatomie pathologique* en remplacement de M. Lafforgue, retraité.

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. GRIMAULT est institué, pour 9 ans, professeur suppléant de la *chaire de pathologie et clinique chirurgicale*.

École de Médecine de Dijon. — M. DE GIRARDIER, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la *chaire de pathologie externe* (M. Barbier, décédé).

— M. OLIVIER, professeur suppléant, est nommé *professeur de clinique médicale* (M. Petitjean, retraité).

École de Médecine de Reims. — M. JACQUINET, professeur, est provisoirement chargé d'enseignement d'anatomie pathologique.

École de Médecine de Rouen. — M. DELARUE, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire d'*anatomie pathologique*.

École de Médecine de Tours. — M. FROMENTY est nommé professeur titulaire de la chaire de *médecine légale et sociale* (M. Chevé, retraité).

M. RICHARD est institué professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe. (M. Hussenstein, nommé professeur titulaire.)

M. AUGUSTE RICHARD est institué professeur suppléant de clinique chirurgicale et obstétricale et de pathologie externe.

Centres régionaux anticancéreux. — Par arrêté du 29 Novembre 1943, M. DRIESSENS, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Lille, est nommé directeur du *centre régional anticancéreux de Lille*.

Inspection de la Santé

— M. PÉLISSIER, médecin inspecteur adjoint des Hautes-Alpes, non installé, a été affecté, en la même qualité, dans le *Gard*.

— M. GUIOL, médecin inspecteur adjoint du Var, a été affecté, en la même qualité, dans les *Hautes-Alpes*.

— M. BECKERICH, médecin inspecteur adjoint des Pyrénées-Orientales, a été détaché et mis à la disposition du préfet des *Pyrénées-Orientales* en qualité de directeur du laboratoire départemental de bactériologie et de chimie pour 5 ans.

— M. MARION, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Manche, non installé, a été nommé, en la même qualité, dans le département de la *Lozère*.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. HAMON, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet, a été affecté, en la même qualité, aux *sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain)*.

— M. CHEVALIER a été nommé médecin adjoint au *sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne)*.

— M. DEPOIRE, précédemment affecté au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), a été affecté, en qualité de médecin directeur, au *sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône)*. Cette décision prendra effet dès que le sanatorium pourra être exploité, selon sa destination normale, par la collectivité gestionnaire.

— L'arrêté nommant M. BENAU médecin directeur du *sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château (Aveyron)* est reporté.

M. CORRE, médecin directeur du sanatorium de Saint-Gobain, est nommé médecin directeur du *sanatorium Fenaille*.

Hôpitaux de Paris

Nominations et Mutations des Chefs de Service

Médecins :

A *Bretonneau*, M. TURPIN, d'Hérold; à *Hérold*, M. JULIEN MARIE, d'Ambroise-Paré-Boileau; à *Ambroise-Paré-Boileau*, M. CLÉMENT LAUNAY, délégué dans les fonctions de chef de service; à *la Salpêtrière*, M. ALAJOUANINE, de Bicêtre; *à Bicêtre*, M. LEMAIRE, de la Salpêtrière; à *la Salpêtrière*, M. SALLES, délégué dans les fonctions de chef de service; à *Bichat*, M. RAVINA, de Tenon; à *Tenon*, M. RACHET; à *Necker*, M. DEBRAY, de l'Hôtel-Dieu; à *l'Hôtel-Dieu*, M. GARCIN, de Claude-Bernard; à *Claude-Bernard*, M. LAPORTE; à *Bicêtre*, M. KOURILSKY, de Raymond-Poincaré; à *l'hôpital Foch (Suresnes)*, M. LAFITTE, délégué dans les fonctions de chef de service.

Oto-Rhino-Laryngologistes :

A *Laennec*, M. RAMADIER, de Cochin; à *Cochin*, M. LEROUX, de Bichat; à *Bichat*, M. AUBRY.

Ophtalmologistes :

A *Laennec*, M. PARFONRY, de Saint-Louis; à *Saint-Louis*, M. RENARD.

Électro-Radiologistes :

A *Laennec*, M. AIMÉ, de Saint-Vincent-de-Paul; à *Saint-Vincent-de-Paul*, M. DESGREZ, des Ménages : *Aux Ménages*, M. BRUNET; à l'*Hôtel-Dieu*, M. JOLY, de Boucicaut; *à Boucicaut*, M. MARCHAND, de la Maison municipale de Santé : à la *Maison municipale de Santé*, M. PFEIFFER ; à *Bichat*, M. BEAU, de Broca; à *Broca*, M. STUHL ; à *Bretonneau*, M. ORDIONI, d'Hérold; à *Hérold*, M. DUBOST, de Raymond-Poincaré; à l'*hôpital Foch (Suresnes)*, M. HUMBERT.

Applications médicales de la Génétique. — M. Maurice LAMY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, fera pendant les mois de Janvier et de Février 1944 une série de leçons consacrées aux *Applications médicales de la Génétique*. Les leçons auront lieu le mardi à 11 heures à l'amphithéâtre de la Clinique Médicale (Pavillon de la Policlinique). Elles seront accompagnées de projections et de présentation de malades et d'enfants jumeaux.

Conférences de Physiologie du système nerveux. — Le docteur P.-A. CHATAGNON, médecin chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, chef de service à l'hôpital de Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), fera à partir du premier mercredi de Mai 1944 une série de conférences sur : *L'Evolution du système nerveux considérée du point de vue physiologique*. Ces conférences gratuites sont destinées surtout aux candidats aux concours du médicat et de l'internat des hôpitaux psychiatriques.

Inscriptions et renseignements près du docteur Chatagnon, à Maison-Blanche, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Enseignement des Hôpitaux libres. — Une série de conférences destinées aux praticiens et aux étudiants est organisée sous les auspices de la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres, à partir du 7 Janvier 1944, tous les vendredis, à 18 h., à l'Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas.

La première conférence a été faite par M. LHERMITTE sur les syndromes diencéphaliques et les syndromes hypophysaires; leur différenciation clinique et anatomo-clinique.

Concours et places vacantes

Assistant de Médecine des Hôpitaux de Paris. — A la suite du dernier concours ont été nommés : MM. WELTI, BRUMPT, Mme LAMOTTE, MM. WOLFROMM, VIALATTE, DURET, LAFON, LAJOUANINE, LOEPER, TETREAU, Mlle FEDER, MM. VIGUIÉ, VIGNALOU, PAILLAS, CHEVALIER, AUSSANAIRE, DEUIL, Mlle RIST.

Électro-Radiologiste des Hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS (1 *place*). — M. LIQUIER a été nommé.

— 3e CONCOURS. *Jury définitif :* MM. Maingot, Mallet, Thibonneau, Truchot, Desgrez, Porcher, Ordioni. — Médecin : M. Paisseau. — Chirurgien : M. Welti.

Médecin des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à 6 places sera ouvert le lundi Février 1944, à 9 h.

Inscriptions au bureau du Service de Santé du 13 au 25 Janvier 1944 inclusivement.

Chirurgiens et Assistants en chirurgie des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à 5 places d'assistants sera ouvert le 7 Février 1944. Les concours de chirurgiens des hôpitaux seront successivement ouverts à la suite. S'inscrire à l'Administration centrale, du 5 au 17 Janvier 1944 inclusivement.

Oto-Rhino-Laryngologie des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place sera ouvert le mardi 29 Février 1944.

Inscriptions du vendredi 4 au lundi 14 Février 1944 inclusivement à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Attachés d'Electro-Radiologie des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à 8 places (au maximum) sera ouvert le lundi 20 Mars 1944, à 9 h. 30.

Inscriptions du 1er au 29 Février 1944 inclusivement à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Services d'Électro-Radiologie des Hôpitaux. — Les candidats au concours d'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE (nouvelle formule) sont informés qu'aux termes du règlement de ce concours le diplôme de *Radiologiste de l'Université de Paris* sera exigé, en *1945*, de tous les candidats à l'Assistanat (nouvelle formule), sauf de ceux qui auront déjà concouru en 1943 et en 1944.

Internat des Hôpitaux de Paris. — (OCTOBRE 1943.) — *Liste des candidats admissibles :* François-Pierre Contamin, 45 1/2; Pierre Tournebœuf, 43 ; Roger Chevillotte, 42 1/2; Claude Houdard, 42; Rodolphe Tourneur et Guy Fourdinier, 41; Gabriel Mazars, 40; Henri Boissière, 39 1/2; Paulin Sarrazin, Michel Léger, Dominique Hans, Louis Guéraud et Claude-Auguste Frileux, 38.

Michel-Frédéric Houssay et Mlle Marie-Thérèse Bourgeois, 37; Robert Lamy, 36 1/2; Camille Ferry, 36; Marie-Louise Sargé, Lucien Michon, Jean Bonnette et Daniel Christol, 35 ; Bernard Pertuiset, Mlle Christiane Garnier, Clément Fauré, Jacques Dubray-Vautrin et François Darnis, 34; Jean Gross, 33 1/2 ; Yves Suquet, Jean Le Bourg, Marcel Nicol, Philippe Monod-Broca, Florian Delbarre, Jean Combet, Joseph Carraud, Georges Rousseau et Roger-Gaston Bailly, 33 ; Alfred-Jean Forgeois et Henry Cresson, 32 1/2.

Léon Zadikian, Guy-Paul Viollet, Michel Sibertin-Blanc, Fernand de Ponton d'Amécourt, Henry-Paul Prévost, Henri-Guy Robert; Jean Millot, Max Merlier, Paul Larget, Jean Lamy-Robert, Jacques Gougeon, Pierre Delagarde, Pierre Burgot, Jacques Bouffard et Pierre Benezech, 32; Henri Meker et Etienne Bernier, 31 1/2 ; Pierre Pichot, Olivier Gaulard, Michel Fournier, Jean Faurel, Jean-Raphaël Canivet et Mlle Hélène Aitoff, 31; Jacques Robin, Jacques Laufourcade et René Waber, 30 1/2.

Christian Sors, André Sainrapt, Pierre Joly, Lucien Harrmann, François Dessertenne, Claude Couinaud, Georges Cerbonnet, André Baumgart et Louis Arnaud, 30; Serge Tchekhoff, Maurice Poirier, Jacques Poulet et Mme Pillet, née Jacqueline Savaton, 29 1/2 ; Horus Wissa-Wassef, Richard Tola, Roger-Lucien Périer, Jean Nébout, Jean Mouret, René Flurin, Jean Duhamel, Guy Decroix, Jacques Chevrolle, Jacques Bruezière, Robert Aurousseau et Louis Mariette, 29 ; Jean Delater, Daniel Chardin, Maurice Tiret, Paul Berthaux et Henri Solignac, 28 1/2.

Jacques Pinel, Rémi Pichon, Jacques Michaud, Marcel Lemaire, René Laumonnier, Robert Hourtoulle, Pierre Hatt, Jacques Dubrisay, Guy Ferbos, Elie Foucquier, Jean Guillemart, Jean Hartmann, Pierre Desvignes, Henri Dessus, Albert Cœuillez, Robert Chevret et Michel Alison, 28 ; André Piérart, Mlle Geneviève Benon, Henry Adam, Jean Raynaud, Maurice Gabail et Justin Roume, 27 1/2.

Jean Trélat, Michel Rathery, Claude Pellot, Jacques Meunier, François Lhermitte, Georges K'Brat, Guy Lacronique, Maurice Genot, Michel Dumas, Mlle Suzanne Delmas, Serge-Jean Bonfils et Jean-Joseph Bertrand, 27; Raymond Lebas, Michel Mouzon et Gilbert Chapuis, 26 1/2 ; Jean-Charles Reymond, François Tobé, Georges Puyo, Charles Perraudin, Pierre Paris, Doros Olconomos, Mlle Marie Larmoyer, Jean Laham, Jean-Paul Jacquemin, Mlle Monique Desoutter, Claude-Robert Crépy, Jean Amoudruz, Claude Bétourné, Paul Bréger et Jack Baillet, 26.

Yves Pilven, Henri Flouquet, Bernard Woimant et Henri Muler, 25 1/2 ; Jean Pillois, Jacques von Essen, Pierre Trouillard, Pierre Vaujour, Jean Roussillon, Jean Rainaut, Henri Richard, Jean-Emile Roujeau, Pierre de Person, Paul Lemoine, René Legrand, Robert Leclercq, Claude Lapresle, Jean-Marie Lallemand, Jacques Halmagrand, Jean Genevray, Jean Féliciano,

Edouard Coffin, Roger Chambraud, Marcel Bleibtreu, Pierre Belin, Eugène Barbet et Michel Baudoux, 25.

Pierre Guinard, René-Jean Pépin, Jean Poujol, Didier Fritel, Jean Crosnier et René-François Duval, 24 1/2; Georges Roy, René Roisin, Claude Polonovski, Jacques Picard, René Parrot, Jean-Louis Néel, Mlle Hélène Morival, Jean-Robert Mercier, Robert Meary, Jean Martin, René Maigne, Henri Lenormand, Yves-Marie Lallemant, Maurice Grellet, Yves-Henri Gaignoux, Jean Flament, Pierre Deniker, Mlle Marie David, Georges Brochen, André Bourguignon, Paul Renault, Yves Bourdy, Pierre Straus, Jean-Jacques Galey, Jean Boeffard, Pierre Blanc et Lucien Bellot, 24.

Raymond Hacker et Jean Marchand, 23 1/2; Michel Vandooren, Michel Postel, Michel Oury, René Spriet, Mme d'Hespel, née Bertranne de la Bourdonnaye, Henri-Georges Lestradet, Jean Habas, Jean-Pierre Denis, Jacques Dumoncel, Raymond-Albert Crucioni, Robert Cousin, Georges Chavarot, Bernard Chauderlot, André Bugé, Pierre-Joseph Bour, Michel Bourel, Georges Pouchol, Jacques Aladenise et André Tequi, 23.

Lucien Lemerre, François Chavelet et Laurent Foix, 22 1/2; Louis-Pierre Treps, Jacques Villiaumey, Henri Raulin, Emile Monnerot, Guy Melun, Jean Meininger, Roger Mauduit, Gaston Leperq, Olivier Le Jeune, Jacques Hummel, Mlle Jeanne Fossier, Jacques Dubois, Georges Cazès, Jules Caron, Jean Bruneau, Mlle Marie-Hélène Bricard, André Blonde et Claude Bertier, 22.

Edouard Guy et Roger Legendre, 21 1/2; Jacques Sauvegrain, Jacques Routier, Jacques Renard, Jean Pillot, Boris Ossipovski, Eleïthère Nicolaïdis, André Molho, Franck Missonnier, François Meunier, Yves Matet, Louis Marchal, Robert Maret, Antoine Leddet, Ferdinand Georges, Roger Galland, Jacques Doutriaux, Pierre Dejours, Jacques Daffos, Michel Courtois-Suffit, Mlle Jeanne Chevallier, André Cambessedès, Jean-Jacques Bloch-Lainé, Gilbert Bosquet, Claude Barral et J. Barbizet, 21.

Georges Pequignot et Bernard-Jean Pépin, 20 1/2; Guy Voisin, Mlle Marie Vaultrin, Jacques Tuffier, René Robert, Clément Roche, Maurice Redor, André Pillot, Pierre Nalpas, Jean-Louis Lavat, Raymond Lannes, Jean Harel, René Gurly, Robert Giraud, Mlle Colette Fouchier, Charles Fiessinger, François Emile-Zola, Michel Dubois, Jean Dubois de Montreynaud, Maxime Conche, Bernard Cayé, Jean-Claude Caire, André Bruel, Pierre Benoit, Louis Beauvy et François Bachy, 20.

— Epreuves orales. — *Jury définitif (ordre du tirage au sort).* — MM. Debray, Célice, Turiaf, de Sèze, Turpin; O.-R.-L., M. Moulonguet; Chirurgiens: MM. Seillié, Fèvre et Soupault; Accoucheur: M. Séguy.

Externat des Hôpitaux de Paris (Concours de Juin 1943). — *Liste des candidats reçus :*

1. Guy Basset, 62 1/2; 2. Michel Montouchet, 62 1/2; 3. Paul Boujon, 61; 4. Jean Comby, 60 1/2; 5. Jacques Hindermeyer, 60 1/2; 6. Jean Meyer, 60 1/2; 7. Pierre Lande, 60; 8. Fr. Vanbremeersch, 59 1/2; 9. Marcel Chappuis, 59 1/2;

10. Roland Bouchard, 59 1/2; 11. Serge Jagailloux, 59 1/2; 12. Robert Cuisiniez, 59; 13. Bernard Billaudet, 59; 14. Jacques Bilot, 59; 15. Michel Sarrat, 59; 16. Jean Laroche, 58; 17. Jules Hélie, 58; 18. E. Martin, 58; 19. A. Boisselier, 58;

20. Georges Hamard, 57 1/2; 21. Jacques Bénard, 57 1/2; 22. Gilbert Baué, 57 1/2; 23. Maurice Mével, 57 1/2; 24. Georges Hélaine, 57; 25. Jacques Leprat, 57; 26. Dominique Franquet, 57; 27. Olivier Fourcade, 57; 28. Georges Perdriel, 56 1/2; 29. Jacques Fossard, 56 1/2;

30. Jean Boucher, 56; 31. Maurice Marie, 56; 32. Jean Rozet, 56; 33. François Chambelland, 56; 34. Joseph Gandon, 56; 35. Daniel Martin dit Dupray, 56; 36. René Picard, 56; 37. Philippe Chigot, 56; 38. Marc Loustau-Chartez, 55 1/2; 39. Jean Aloin, 55 1/2;

40. André Hue, 55 1/2; 41. Charles Thomas, 55 1/2; 52. Robert Cartier, 55 1/2; 43. Jean Psaume, 55 1/2; 41. Marcel Langeard, 55 1/2; 45. Olivier Verneaux, 55 1/2; 46. Jacques Hauteteuille, 55 1/2; 47. Michel Wargnier, 55 1/2; 48. François Prévost, 55 1/2; 49. Robert Moreau, 55 1/2;

50. Jacques Bataillard, 55; 51. Georges Heymans, 55; 52. Claude Cattoen, 55; 53. Marc Dorotte, 55; 54. Pierre Maisse, 55; 55. Jean Zerolo, 55; 56. René Guyot, 54 1/2; 57. Roger Legros, 54 1/2; 58. Emile Elie, 54 1/2; 59. Philippe Thibault, 54 1/2;

60. Jean Jabert, 54 1/2; 61. Gérard Paychère, 54 1/2; 62. Jean André, 54 1/2; 63. René Mazel, 54 1/2; 64. Jean Carpentier, 54; 65. Michel Hamery, 54; 66. Jacques Hardy, 54; 67. Jean Bertran, 54; 68. G. Meillaud, 54; 69. J. Maguer, 54;

70. Roland Bourrillon, 54; 71. Jean Carayon, 54; 72. Pierre Bailly, 54; 73. Pierre Blancheton, 54; 74. Julien Jardin, 54; 75. Michel Soulé, 54; 76. Jean Poggioli, 54; 77. André Derenne, 54; 78. J. Chevallier, 53 1/2; 79. R. Jeulin, 53 1/2;

80. Albert Cadiot, 53 1/2; 81. Maurice Dupré, 53 1/2; 82. Noël-Marie Gayet, 53 1/2; 83. Jean Ramon, 53 1/2; 84. Léon Gesp, 53 1/2; 85. Henri Triboulet, 53 1/2; 86. Georges Peuvion, 53; 87. Claude-François-Marie Millard, 53; 88. Jean Maurou, 53; 89. Louis Lemaire, 53;

90. François Casalis, 53; 91. Paul Garnier, 53; 92. Roger Vincent, 53; 93. Jacques Rouot, 53; 94. Franck Gaspard, 53; 95. Claude Baudouin, 53; 96. Jacques Lataste, 53; 97. Bernard Petit, 52 1/2; 98. André Fraquet, 52 1/2; 99. Georges Théron, 52 1/2;

100. Jean Pedrono, 52 1/2; 101. Jean Barty, 52 1/2; 102. Michel Larangot, 52 1/2; 103. Jean Rejou, 52 1/2.

— Concours de Décembre 1943. — Questions posées. *Anatomie.* — 1° Trou ovale, constitution et contenu; 2° Muscle long péronier latéral, insertions d'origine et de terminaison; 3° Enumérer les branches collatérales de l'artère cubitale à l'avant-bras; 4° Enumérer, sans les décrire, les quatre branches terminales du nerf crural en indiquant pour chacune d'elles sa nature: motrice, sensitive ou mixte; 5° Rapports de la face latérale droite de la trachée thoracique.

Pathologie médicale. — 1° Renseignements fournis par l'hémoculture, le séro-diagnostic et la numération globulaire au cours de la fièvre typhoïde non compliquée (sans les techniques); 2° Description, signification et valeur séméiologique du souffle tubaire perçu à l'auscultation des poumons; 3° Le signe de Romberg, manière de le rechercher et valeur séméiologique; 4° Signes devant faire redouter l'apparition d'une phlegmatia-alba-dolens chez une accouchée; 5° Le trismus, description et valeur séméiologique; 6° A quels signes reconnaît-on qu'un ictère chronique par rétention est dû à un calcul du cholédoque.

Pathologie chirurgicale. — 1° A quels caractères reconnaît-on l'origine rénale d'une hématurie ?; 2° A quels caractères cliniques reconnaît-on l'existence d'une hydarthrose du genou ?; 3° Conduite à tenir en présence d'une syncope au cours d'une anesthésie générale par inhalation; 4° Citer, sans les décrire, les complications des fractures fermées de la diaphyse humérale.

— Répartition du jury en sections. — *Anatomie,* 2 chirurgiens: MM. Cordier et Boudreaux; 1 médecin: M. Mahoudeau. — *Pathologie médicale,* 3 médecins: MM. Brouet, Turial et Rambert. — *Pathologie chirurgicale,* 2 chirurgiens: MM. Aboulker et Billet; 1 spécialiste (ophtalmologiste): M. Desvignes.

Médecin, Chirurgien et Assistants des Hôpitaux de Nancy. — Des concours seront ouverts à l'hôpital Central de Nancy: le 2 Mars pour un poste de *médecin des hôpitaux;* le 4 Mars pour un poste de *chirurgien des Hôpitaux* et, dans la première quinzaine de Mars 1944, pour des postes d'*assistants de* médecine, chirurgie et spécialité (gynécologie, accoucheur, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, électro-radiologiste, chef de laboratoire de biologie médicale).

Les candidats devront déposer à la Direction régionale de la Santé, avant le 15 Février 1944, les pièces dont la liste est fixée par l'arrêté du 13 Août 1943.

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital de Montbéliard. — A la suite du concours organisé par l'Assistance publique, à Paris, le docteur Zingg a été nommé.

Internat des Hôpitaux de Bordeaux. — Ont été nommés *internes titulaires :* MM. Geneste, Ducassou, Rouyère, Claude Martin, Guérin, Bouineau, Lasserre, Marchand, Diacono, Doutre, Coigoux.

Chef du service du contrôle de la Salubrité de Vaucluse. — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu à Marseille le 7 Février 1944 pour la nomination d'un médecin, chef de ce service.

S'adresser, avant le 15 Janvier 1944, à M. l'Inspecteur de la Santé de Vaucluse, 19, rue Victor-Hugo, à Avignon.

Hôpital psychiatrique de Vauclaire. — Saint-Laurent-des-Hommes (Dordogne). — Deux places d'interne sont vacantes. S'adresser au médecin-directeur.

Hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. — Un concours pour deux internes en médecine aura lieu le 18 Février 1944. Clôture des inscriptions le 12 Février.

15 postes d'Assistantes Sociales de l'Office départemental d'Hygiène sociale sont vacants dans le département de l'Eure. Pour renseignements, s'adresser à l'Inspection de la Santé, 44, rue Joséphine, à Evreux.

Plusieurs postes d'Assistantes Sociales sont vacants au Comité d'Hygiène sociale et de Défense contre la Tuberculose de la *Creuse.* S'adresser 11, place Bonnyaud, à Guéret.

Nouvelles diverses

La ***Société d'endocrinologie*** tiendra, le jeudi 27 Janvier, à 16 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, une *séance solennelle* consacrée à l'étude des implantations d'hormones.

Société pour Femmes et Enfants de Médecins. — La Société de Secours Mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins, 60, bd. Latour-Maubourg, à Paris-7e, a pu, grâce en partie aux libéralités des Laboratoires de Spécialités pharmaceutiques, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins durant l'année 1943. Les dons reçus se sont élevés à la somme totale de 55.450 fr. se décomposant comme suit:

1 don de 10.000 fr. du Laboratoire du Dr Debat;

1 don de 5.000 fr. du Laboratoire Spécia;

5 dons de 2.000 fr. des Laboratoires du Dr Astier, Roger Bellon, Ampho-Vaccins Ronchèse, du Dr Roussel, du Synthol; 20 dons de 1.000 fr.; 12 dons de 500 fr et 28 autres dons.

La Société F. E. M. demande à ses généreux donateurs de bien vouloir lui continuer leur bienveillant appui afin de combler le vide causé dans notre caisse de secours par la suppression momentanée du *Bal de la Médecine française.*

Bourses Familiales du Corps Médical (Fondation du Dr Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le Dr Roussel a attribué 16 bourses en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille. 58 demandes ont été examinées.

Un enseignement obligatoire préparatoire au diplôme de Médecin-Conseil des Assurances sociales d'une durée de 2 mois s'ouvrira au siège de l'Institut national d'Action sanitaire des Assurances sociales, 1, avenue de Tourville, Paris-7e, le 7 Février 1944. Il sera suivi d'un stage de 4 mois dans des Caisses.

Inscriptions gratuites reçues du 3 au 31 Janvier. Bourses d'études prévues. Epreuves de l'examen en Août 1944.

Prix Médico-social de Bretagne. — Le jury, réuni à Rennes sous la présidence du docteur P. Bianquis, directeur régional, a décidé d'accorder trois prix pour 1943.

Le 1er à Mlle M.-J. Pienard, pour son ouvrage *Un plan de lutte contre l'alcoolisme;* le 2me à M. Henri Joubrel pour son ouvrage *La délinquance juvénile en Bretagne;* le 3me à M. Hervé Michot pour son ouvrage *Une politique fiscale et financière de la famille.*

Nos Échos

Naissances.

— Eliane Lemierre a la joie de faire part de la naissance de son frère *André.* (Docteur et Mme Jacques Lemierre, 1, square La Fontaine, Paris-16e, le 13 Novembre 1943.)

— Le Docteur et Mme Jean Pertus sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Jean-François.* (Angers, 13 Décembre 1943.)

— Monsieur Durouchard et Madame le docteur Dreuille-Durouchard font part de la naissance de leur second enfant, *Marie-France.* (La Bourboule, 8 Décembre 1943.)

— Le docteur Dassonville et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Michel.* (Albert, Somme.)

— Le docteur et Madame Pierre Chatain, née Desoubry, font part de la naissance de leur fille *Marie-Hélène.* (Châteauneuf-la-Forêt [Haute-Vienne], le 17 Décembre 1943.)

— M. Marc Boeswillwald, interne des Hôpitaux, et Madame, font part de la naissance de leur 3e fille, *Marie-Noëlle.* (Paris-13e, 3, square Port-Royal, le 14 Décembre 1943.)

— Marie-Claire, Pierre et Jean Albert sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Marie-Christine* (Docteur Ernest Albert, 3, avenue des Etats-Unis, à Versailles et 10, rue Charlemagne, à Metz; 21 Novembre 1943.)

— Jean et Annick ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Philippe.* (De la part du docteur et de Madame Colpin-Tenneguin, Hirson, le 16 Novembre 1943.)

— M. André Baumgart et Madame, née Florand, externes des hôpitaux, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Alain-Thierry.*

— Le docteur et Madame Robert Soulignac sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Anne-Marie.* (Fécamp, 9 Décembre 1943.)

— Le docteur Mercier et Madame, née Venuxem sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Alain.* (Bracieux [Loir-et-Cher], le 28 Octobre 1943.)

— Marie-Françoise, Pierre-Emile, Alain et Annick Barré ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Catherine.* (Docteur et Madame Barré, 8, rue Nationale, à Rennes.)

— Le docteur et Madame Robert Marchenay sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Paul.* (Argent-sur-Sauldre [Cher], le 4 Décembre 1943.)

— Le docteur J.-M. Verne et Mme le docteur A. Verne, née Soubiran, sont heureux de faire part de la naissance de leur 3e enfant, *Marie-Frédérique.* (Paris, 7 Décembre 1943.)

— Monsieur et Madame Raymond Lauret et Jean-François font part de la naissance de leur fils et petit frère *Jacques* (Kéralivin [Saint-Pol-de-Léon], 2 Novembre 1943.)

Mariage.

— Le Docteur E. Cadenat, chargé du cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Toulouse, a le plaisir d'annoncer le mariage de sa fille Josette avec M. Jacques Trempat.

Décès.

Nous apprenons la mort:

Du Dr Piatot, de Bourbon-Lancy, beau-père du docteur Luton, de Clermont-Ferrand; — du Dr Emile Tédenat, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier; — à Malain (Côte-d'Or), du docteur Raymond Martin, sénateur de la Haute-Marne; — du Dr Lestoquoy (Paris); — de Madame veuve Marcel Couleru-Dentan, mère du Dr C.-B. Couleru, de Pau; — de Madame le Dr Germaine Millant (Paris); — à Neuilly-sur-Seine, du Dr Le Nouène, chirurgien chef des Hôpitaux du Havre.

Soutenance de Thèses

Paris

Thèses de Médecine.

Jeudi 28 Octobre 1943. — M. Pierre Tulou: *L'exploration de la fonction respiratoire (l'exploration fonctionnelle globale et l'exploration des poumons séparés).*

Mercredi 8 Décembre. — M. Usunier: *Considérations étiologiques sur la mononucléose infectieuse.* — M. Béranger: *L'orchidopexie transceptale sans plaie scrotale.* — M. Raux: *Contribution à l'étude de l'influence de la culture physique sur la maternité.* — M. Danigo: *La méningite ourlienne.*

Jeudi 9 Décembre. — M. Gautier: *Contribution à l'étude de la technique opératoire de la césarienne abdominale haute conservatrice.* — M. Chovelon: *Contribution à l'étude de la pneumonie huileuse.* — M. Bernard: *De l'alvéolite aiguë et des conceptions modernes de son traitement.* — M. Fouché: *De l'échec de la sérothérapie et du sérum de convalescent dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.*

Jeudi 16 Décembre. — M. Bernard: *Un an d'exercice de la chirurgie dans un hôpital de prisonniers de guerre en Allemagne. Statistique et résultats opératoires.* — M. Pavy: *L'adaptation de la macule. (Etude pratiquée avec les verres de Tscherning.)* — M. Ghirardi: *Les liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques.*

Vendredi 17 Décembre. — M. Menut: *Association familiale et troubles du caractère chez l'enfant.*

Mardi 21 Décembre. — M. Place-Vergnes: *Paralysies dissociées du diaphragme mises en évidence par le pneumopéritoine.* — M. Eliard: *Contribution à l'étude de l'œdème aigu du poumon.* — M. Stevenin: *L'accouchement normal sans douleur par analgésie gazeuse.* — M. Chabay: *Le syndrome dysharmonieux vestibulaire dans les traumatismes craniens.*

MERCREDI 22 DÉCEMBRE. — Mlle Voisin : *Problèmes médico-légaux soulevés par l'électro-choc.* — M. Lefort : *Etude expérimentale de l'action conjuguée du zinc sur les hormones œstrogènes et androgènes.* — Mlle Bourget : *Contribution à l'étude des eaux thermales d'Aix-en-Provence. Leur action diurétique.* — M. Sandret : *Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire dans la hernie crurale.* — M. Bonnet : *A propos d'un cas de septicémie à pneumobacilles de Friedlander.* — M. Lolmède : *Les faux étranglements herniaires.* — M. Casaurang : *Les résultats éloignés de la gastrectomie par ulcère du duodénum.* — M. Lafay : *Effet sur l'organisme des restrictions alimentaires actuelles.* — M. Langevin : *Electrocardiogrammes et tonicardiaques.*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MERCREDI 8 DÉCEMBRE. — M. Le Borgne : *La polyarthrite des poulains. Traitement par le salicylate de soude.* — M. Halic : *De la garantie conventionnelle tacite en matière de vente d'animaux domestiques.*

MERCREDI 22 DÉCEMBRE. — M. Bouchard : *La mammite colibacillaire paraplégique des vaches laitières.* — M. Tréguet : *Contribution à l'étude du granulome de Roeckl.* — M. Robin : *La glace sèche dans la conservation et le transport des denrées alimentaires d'origine animale.*

Bordeaux

DOCTORAT D'ÉTAT.

17 DÉCEMBRE 1943. — M. Breton : *Considérations sur l'enfance délinquante.*

22 DÉCEMBRE 1943. — M. Colobie : *Traitement des fractures de la clavicule par embrochement intramédullaire transcutané.*

Nancy

THÈSES SOUTENUES.

4e TRIMESTRE DE 1943. — M. Pierre Minelle : *Contribution à l'étude des fractures de la tubérosité antérieure du tibia.* — M. Jean Jupille : *A propos de l'invagination colo-rectale dans les tumeurs du recto-sigmoïde.* — Mme Geneviève Faivre : *La percutiréaction dans les écoles primaires de Nancy.* — M. Edmond Maulini : *Contribution à l'étude du traitement des pneumopathies et des infections de l'enfance par le β/3-camphosulfonate de 1162 F ou Silénan.* — M. Guy Castelain : *Les formes nécrotiques et suppurées de la lymphogranulomatose maligne (étude anatomo-clinique).* — M. Bernard Renauld : *Calcification de la bourse séreuse sous-deltoïdienne.* — Mlle Elisabeth Hadot : *Le cœur dans l'embolie pulmonaire.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Cette rubrique est absolument réservée aux annonces ayant un caractère médical ou para-médical ; il n'y est inséré aucune annonce commerciale.*

Toutes les offres d'emplois doivent comporter un visa de l'Inspection du travail.

Prix des insertions : 10 fr. la ligne de 55 lettres ou signes (6 fr. la ligne pour les abonnés à LA PRESSE MÉDICALE*). Les renseignements et communiqués se paient à l'avance et sont insérés 10 à 12 jours après la réception de leur mandat.*

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

20, passage Dauphine, PARIS-6e

Danton 46-90

L'Ecole Française de Stomatologie a pour objet l'enseignement stomatologiste complet (clinique et chirurgie stomatologique, odontologie, prothèse, orthodontie, céramique).

Les cours s'adressent uniquement aux Docteurs et Etudiants en médecine. Durée des études : deux ans.

Deux rentrées annuelles : à l'automne et au printemps.

Pour tous renseignements, s'adresser au Siège de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris (6e).

Le Docteur Pierre Zizine (Lab. P. Zizine) met en garde ses confrères contre les agissements d'un individu qui commet actuellement des escroqueries en se faisant passer pour son fils et sous des prétextes divers. Le signaler aux Services de police le cas échéant.

Sud-Ouest, représ. visitant pharm., clin., maisons santé, s'adj. représent. spéc. ou articles pharmac. Ecr. *P. M.*, n° 217.

Achèterais clinique ou maison de santé, 25 lits au moins, Paris 16e, 17e, 7e, 8e, Neuilly. Ecr. *P. M.*, n° 281.

Cherchons famille zone nord pour recevoir jne fille 36 ans ay. besoin repos, 3.500 fr. par mois. Ecr. *P. M.*, n° 322.

Secrétaire, 24 a., bachel., anglais et allemand, sténo-dact., ch. emploi Paris. Ecr. *P. M.*, n° 337.

Jne médecin lic. ès sciences, très actif, ch. poste représentant produits pharmaceutiques. Ecr. *P. M.*, n° 341.

Lampe U.-V. allum. autom. 500 W., à vendre. Microscope binoculaire et monoculaire mod. act. avec obj. imm. platine à régl. Très bon état. Ecr. à M. Sacquet, 8, rue Villiot, Paris-12e.

A céder clientèle région minière Nord proximité gr. ville, logement, chauffage. Ecr. *P. M.*, n° 355.

Deux microscopes Stiassnié, dont un avec chariot, à vendre, b. état. Ecr. *P. M.*, n° 356 ou tél. Gob. 31-09 le matin.

Poste médecin-propharmacien à céder Haute-Savoie. Ecr. *P. M.*, n° 357.

Prospecteur médical cherche Laboratoire, spécialités pour rég. Marseille, Bouches-du-Rhône, Var et Gard. Ecr. Gervais, 1, place du Change, Marseille (B.-du-R.).

Cherche acheter ou louer Laboratoire ou vaste local industriel, 1.000 *m*² minimum, couvert. Ecr. *P. M.*, n° 359.

Dame, agent de laboratoires, 15 a. de pratique, bonne réf., ch. visites médicales pr Marseille et envir. Ecr. *P. M.*, n° 360.

Appareillage radiologique neuf ou excellent état (radiodiagnostic, tomographie, radiothérapie, agents physiques) demandé pour clinique Sud-Ouest. Faire offre av. référ. à *P. M.*, n° 361.

Nous recherchons un spiromètre Verdin ou un spiroscope. Faire offre Houillères du Centre à St-Eloy-les-Mines (P.-de-D.).

A céder d'urgence, pour cause décès, gros poste médecine générale campagne, rayon d'action 15 *km*. Mobilier médical. Instrumentation complète médecine, petite chirurgie, accouchem. Moyens de transp. assurés par Citroën gazo, état neuf et moto 4 CV. Ecr. Mme Thomas, Moncoutant (Deux-Sèvres).

Recherche Encyclopédie médico-chirurgicale, poumons et cœur, à jour. Echangerais éventuellement vol. Dermatologie, état neuf, complet. Ecr. *P. M.*, n° 364.

Jne docteur ch. à partir de Septemb. 1944 place d'assistant aupr. médecin accoucheur surchargé ou dans maison de santé obstétrico-chirurgicale région parisienne, Centre ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 365.

Laboratoire de spécialités recherche pharmacien expérimenté pour diriger la prospection médicale et pharmaceutique. Sérieuses références exigées. Service Pharmacie, 21, rue des Tournelles, Paris. Visa n° 06.153 S.E.T.

Deux assistantes sociales, diplômées d'Etat, sont demandées pour la zone occupée du département des Basses-Pyrénées. Faire offre en indiquant *curriculum vitæ* à l'Inspection de la Santé, sous-préfecture de Bayonne. Visa n° 2.086 I.T.M.N.

Étudiante, 20 inscriptions, cherche place dans clinique ou tout autre emploi. Ecr. *P. M.*, n° 368.

A vendre microscope Nachet complet, objectif immersion 1/15, ult.-microsc., cellule Nageotte. Dr Eon, 40, r. Diderot, Vincennes.

Recherche microscope immersion gross. environ 1.000. Bon état. Ecr. *P. M.*, n° 371.

A vendre instruments divers : pinces différents modèles, speculum, béniqué, forceps. Ecr. *P. M.*, n° 372.

Visiteur médical Bordeaux, 5 départem., 12 ans expér., ch. second Labo. Réf. 1er ordre. Ecr. *P. M.*, n° 373.

Infirmière diplômée d'Etat, libre tous les jours à 17 h., ferait consultation du soir ou soins. S'adresser : Bailleux, 45, rue Marcadet, Paris-18e.

Sténo-dactylo, excellentes références, cherche emploi secrétaire. Ecr. *P. M.*, n° 375.

Infirmière dipl. d'Etat, 32 ans, sér. références, capable, ch. situation Paris, ou bien soins, ou gardes à domicile. Couto, 18, rue Cardinet, Paris-17e. (Tél. : Wag. 39-14.)

Laboratoire proche banlieue nord, cherche laborantine. Ecr. *P. M.*, n° 377.

Infirmière, 46 a., diplômée d'Etat, longue direction clinique psychothérapique, cherche poste similaire. Ecr. *P. M.*, n° 378.

Doct. médecine, 37 ans, marié, ex-chef labo-bactério, Faculté Méd. et hôp., anc. élève Inst. Pasteur Paris, diplôme hygiène, anc. méd. dispensaires, prendrait succession Laboratoire biologie médicale, ville Midi ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 380.

Chirurgien désire louer ou sous-louer ou avoir disposition local professionnel 2 après-midi par semaine. Ecr. *P. M.*, n° 381.

Demoiselle, 41 a., diplôme fin d'études secondaires, expérience médico-sociale de plusieurs années dans œuvres, cherche poste direction centre enfants ou autres, ou seconder direction. Ferait remplacement. Références sérieuses. Préférerait grande banlieue ou province. Ecr. *P. M.*, n° 382.

J. f. st. dact., disposant matinée, cherche secrétariat docteur ou clinique. Bazin, 14, r. Cambodge, Paris-20e.

Suis acheteur table opération type « Fruchaud », bon état. Ecr. *P. M.*, n° 384.

Médecin actif, 40 a., au courant de la clientèle, 10 ans de pratique médicale, ch. rempl. toute durée zone sud seulement. Dr Sigal, chez le Dr Thée, Annemasse (Haute-Savoie).

J. f. secrét. B. E. P. S., sérieuses références chirurg., ch. situation demi-journée, Paris seulement. Ecr. *P. M.*, n° 386.

Infirmière, dipl. Etat, spécialisée chirurgie, anesthésies, intraveineuses, exc. référ. verbales et écrites, ch. assistance auprès chirurgien Paris ou banl. imméd. Ecr. *P. M.*, n° 387.

Collaboration offerte ds Industrie touch. Art Médical. Indisp. avoir pratiq. application bandages herniaires et ceintures médic., ou suscept. faire études nécess. Il est indisp. posséder activité et présentation pr recev. et présent. client. médicale. Participat. financ. pourr. être éventuellem. envisagée en vue reprise affaire. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 06.217.

Doctoresse énergique, active, longue pratique médecine générale, phtisiologie, radiologie, petite chirurgie, désire trouver poste assistante près confrère surchargé, soit association ou emplacement, clientèle ou clinique. Ecr. *P. M.*, n° 389.

Visiteuse médicale active, excellentes références, cherche s'adjoindre Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 390.

Médecin électro-radiologiste cherche à reprendre clientèle Paris, bon matériel. S'associerait en vue succession. Ecr. conditions et détails, *P. M.*, n° 391.

Le Docteur Wallet est amateur de tout document curieux illustré relatif au pied et à la chaussure : Clinique de Podologie, 3, rue La Bruyère, Paris-9e. (Trinité : 63-63.)

A céder important matériel de radio-électricité. Ecr. *P. M.*, n° 393.

Etudiant médecine, fils de médecin, ch. préfér. ch. méd. quart. latin ou proche, une chambre chauffée, spacieuse, aérée, av. petit déjeuner. Ecr. prix mensuel à Dr Muraz, 57, avenue d'Italie, Paris-13e.

Infirmière et aide très expérimentée en électro-radiologie, ch. situation à Paris, fournirait références. Ecr. *P. M.*, n° 395.

Jeune fille, 21 ans, diplômée chimie, bactériologie, sérologie, ayant fait stages, au courant nombreuses techniques, cherche place laborantine, préférence Paris. Ecr. *P. M.*, n° 396.

Doct. médecin, 37 ans, marié, ex-chef labo-bactério. Faculté Méd. et hôpitaux, anc. méd. dispensaire antituberculeux, désirerait être mis au courant électro-radiologie pendant quelques mois par confrère désireux lui vendre clientèle ou désirant association, région Midi ou Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 398.

Méd. biologiste ch. occupation dans laboraroire d'analyses médicales. Ecr. *P. M.*, n° 399.

On recherche table de radiodiagnostic et si possible générateur statique. Faire offres av. prix compt. Ecr. *P. M.*, n° 400.

Radioscopie-Radiographie, appareil transportable demandé avec accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 401.

Dame, ayant références représentation commerciale, ch. visites médicales pour Labo Paris ou banlieue. Mme Pommier, 16, bd Picpus, Paris-12e.

Interne, fin scolarité, franç., exc. réf., très habitué clientèle, ch. rempl. longue durée campagne ou assist. praticien chargé. Envisagerait évent. succ. Sud-Ouest préf. Ecr. *P. M.*, n° 403.

J. fille connais. dactyl. et ay. fait études de Croix-Rouge, ch. pl. secrét. ch. méd. 3 apr.-midi par sem. Ecr. *P. M.*, n° 404.

Médecin cherche poste à créer ou collaboration avec médecin surchargé. Rég. indif. Ecr. *P. M.*, n° 405.

Sténo-dactylo de secrétariat médical, âgée de 23 ans, diplôme auxiliaire de Croix-Rouge, demande emploi de suite chez docteur, clinique, laboratoire ou pharmacie. Mlle Paisnel, 21, rue des Boulangers, Paris-5e.

Cherche place assistant ou médecin dans sana, prévent. etc., Centre de France. Long exercice de médecine. Ecr. *P. M.*, n° 407.

Infirmière diplômée, sérieuses références, ch. poste direction clinique ou panseuse anesthésiste Paris ou prov. Ecr. *P. M.*, n° 408.

A vendre aux enchères publiques très bel immeuble dénommé « Clinique Moderne », situé à Marseille, quartier boulevard Michelet. Construction récente destinée à une clinique pouvant recevoir une autre destination, installation moderne. Adjudication le 25 Janvier 1944 à 10 h. à la Chambre des Notaires de Marseille. Mise à prix : 3.500.000 francs. Pour tous renseignements s'adresser : 1° à Me Henry Castellan, arbitre de commerce, 22, cours Pierre-Puget, Marseille; 2° à Me Jan, notaire, 64, r. Grignan, Marseille, détenteur du cahier des charges.

Cherche place assistant, aide, dans clinique parisienne. Long exercice médecine. Ecr. *P. M.*, n° 410.

Etudiante méd., 4e année, externe, ch. emploi Labo, ou tout autre travail médical en rapport avec capacité, q.q. heures par jour. Ecr. *P. M.*, n° 411.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine).
Numéro d'autorisation 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LES SÉCRÉTIONS INTERNES DU CANCER DU SEIN

PAR MM.

M. et J. LOEPER

(Paris)

Quelles que soient la nature et la localisation d'un néoplasme, sa symptomatologie est toujours faite de signes locaux et de signes généraux ; les premiers sont de constatation facile et pour la plupart accessibles à l'œil ou à la main ; les seconds sont moins apparents et ne sont guère perceptibles que s'ils se groupent ou s'accentuent. Ils réalisent alors ce que l'on appelle la cachexie cancéreuse. Mais la cachexie cancéreuse ne mérite ce nom que très tardivement ; les éléments qui la constituent pendant longtemps restent assez discrets et isolés et sont facilement méconnus. Et non seulement ils existent mais ils varient avec l'importance et l'étendue de la tumeur, avec sa nature épithéliale ou sarcomateuse ; même, pour une tumeur épithéliale, avec l'organe sur lequel elle naît, la cellule qui la constitue, sa composition chimique autant que sa morphologie. Ils ne sont pas à proprement parler toxiques et déjà Bard en faisait la juste observation. Plus proches des phénomènes organiques et humoraux que des phénomènes toxiques ils sont de deux sortes : physico-chimiques, et se rapprochent des réactions de choc ; glandulaires, et semblent relever plutôt de réactions hormonales. Les premiers dépendent souvent de la transformation de la tumeur, de sa désintégration, de la résorption de ses éléments constitutifs ; les seconds représentent vraiment la sécrétion d'une cellule vivante, exubérante, hâtive peut-être, mais que sa structure, sa physiologie plus encore que sa morphologie, sa constitution chimique autant que ses aspects microscopiques, rapprochent des cellules des glandes internes.

La question n'est pas nouvelle, elle est posée déjà depuis de nombreuses années. Elle l'est depuis qu'on a vu apparaître au cours des tumeurs de la thyroïde, de la surrénale, du pancréas, des syndromes d'amaigrissement, d'hypertension, de virilisme, d'hypoglycémie où se reconnaît la physiologie de la glande originelle ou même celle, spécialisée, de la zone de cette glande où elles se sont développées.

Elle doit être posée aussi pour les tumeurs du testicule, du foie, pour les tumeurs même de l'estomac et de l'intestin, bien que les signes d'inanition résultant de l'atteinte d'un organe essentiel, les signes d'infection résultant de l'altération facile d'une tumeur cavitaire rendent la réponse difficile ; elle doit être posée pour tous les cancers dont la constitution cellulaire organogénique justifie l'hypothèse d'une sécrétion.

Nous la posons pour les cancers même de la glande mammaire [1] dont l'étude nous apparaît favorable, favorable mais difficile : favorable, parce que le sein n'est pas un organe indispensable à la vie, parce qu'il ne s'infecte, ne s'ulcère, ne dégénère que tardivement ; difficile, parce qu'il fait de petites tumeurs dont les réactions humorales doivent être discrètes. Mais ces réactions, pour discrètes qu'elles soient, restent pures et peuvent être comparées utilement avant et après l'intervention du radiologue ou du chirurgien.

* * *

Pour bien apprécier le retentissement d'un cancer du sein sur l'état général, il faut étudier sa symptomatologie comme on étudie celle d'une maladie générale quelconque ; il faut noter toutes les réactions humorales comme on les note dans une affection quelconque de la nutrition ; il faut préciser la nature histologique de la tumeur et sa composition chimique et comparer les renseignements obtenus à ceux que donne l'observation clinique ; il faut, enfin, préparer des extraits aqueux et lipidiques de ces tumeurs, les injecter à l'animal et déterminer si possible quelques troubles analogues à ceux constatés chez le malade ; c'est ce que nous avons essayé de faire.

* * *

Nous avons étudié 26 cas de tumeurs épithéliales du sein. Nous avons soigneusement évité les cancers ulcérés, infectés, hémorragiques ; mais nous avons conservé les cancers généralisés métastatiques, dans lesquels la néoplasie multiple garde malgré son extension sa spécificité. Certes, à première vue, la symptomatologie n'est pas riche et les troubles généraux sont légers ; pourtant ces troubles existent et émergent parfois. L'amaigrissement peut être énorme, vraiment disproportionné avec l'importance de la tumeur et même avec le volume de ses métastases ; le pouls n'est pas toujours normal, souvent accéléré, et cette accélération déjà notée par Stuart Law mérite d'être soulignée ; la tension est souvent abaissée, quelquefois élevée, même en dehors de l'artériosclérose ; l'anémie est négligeable sauf quand l'affection se complique d'ostéose ; les fonctions hépatiques et rénales sont normales et les réflexes neuro-végétatifs ne sont guère modifiés. Par contre, le métabolisme de base nous a paru élevé une fois sur cinq, atteignant jusqu'à plus de 25 pour 100. Moratti attache une grosse importance à cet accroissement dont il évalue la fréquence à 8 fois sur 16. Les fonctions thyroïdiennes et surrénales n'apparaissent pas touchées, mais les fonctions ovariennes peuvent l'être, et chez 2 de nos femmes, dont l'une ayant atteint sa ménopause, des hémorragies reparurent momentanément au début de l'évolution du néoplasme. Chez elle aussi les urines contenaient parfois de la folliculine et nous avons nous-mêmes fait cette constatation chez une de nos malades âgée de 57 ans. Retenons, pour l'instant, cette tachycardie, cet accroissement du métabolisme, ces hémorragies sur lesquels nous reviendrons.

L'examen chimique des humeurs nous donne quelques renseignements intéressants : il montre certes une glycémie normale, une azotémie normale, mais une amino-acidémie appréciable. Le taux total des protides sanguins est accru 5 fois sur 13 et dépasse 80 pour 1.000 ; le cholestérol oscille le plus souvent entre 2,5 et 3 *g.* ; enfin et surtout le calcium sanguin dépasse, 15 fois sur 22, 10 *cg.*, et les phosphatases sont presque toujours accrues. L'hypercholestérolémie est évidemment chose assez banale dans les néoplasmes, mais l'hypercalcémie et la phosphatémie y sont plus rares ; quoiqu'on en ait dit, elles ne sont pas l'apanage des cancers métastatiques et osseux, elles existent presque aussi fréquemment dans les autres : il faut donc y voir une sorte d'action spécifique de la tumeur.

Par cet accroissement du métabolisme basal, ces hémorragies utérines, cette hypercalcémie, le cancer du sein se comporte vraiment un peu comme une glande à sécrétion interne et il semble affecter trois types : hyperthyroïdie, hyperovarie et hyperparathyroïdie. Pour tout dire, le cancer du sein nous paraît avoir, dans certains cas, une action thyréo-ovaro-parathyréo-mimétique.

L'expérimentation va nous apporter de très sérieux arguments en faveur de cette hypothèse, car elle nous permettra de reproduire une partie tout au moins des syndromes observés chez l'homme.



Nous avons préparé avec M. Gley et M. Parrod deux extraits de tumeurs du sein : l'un hydrosoluble et l'autre liposoluble. La tumeur divisée en tranches aussi fines que possible était broyée dans un mortier avec du sable fin et du sérum physiologique. Après deux filtrations on acidule à N/10 et on agite avec l'éther. On sépare la partie aqueuse et on sépare ensuite par l'éther les lipides du filtrat et du résidu puis on évapore l'éther avec 2 cm^3 d'huile et on obtient tous les lipides de la tumeur.

L'injection intraveineuse de l'extrait aqueux produit toujours une hypotension, mais qui peut être un simple phénomène de choc. La baisse du cholestérol et du glucose n'a peut-être pas grand intérêt.

Plus importants sont les résultats touchant la calcémie, le métabolisme, les œstrogènes.

L'action sur la *calcémie* a été étudiée par voie sous-cutanée chez le chien. Par deux fois avec un extrait aqueux de 7 *g.* et de 10 *g.* de tumeur. L'augmentation du calcium sanguin fut constante : dans le premier cas elle est de 138 à 152 *mg.* et se maintint quarante-huit heures et dans le second de 102 à 110 *mg.* et se maintint dix-huit heures.

Ce ne sont pas là de très gros chiffres, mais des chiffres appréciables dont la valeur est grande parce qu'ils ne se produisent ni avec l'extrait de mastite chronique ni avec d'autres tumeurs du sein.

L'étude du *métabolisme de base* fut l'objet de notre deuxième série d'expériences. Celles-ci furent faites chez le lapin et aussi par voie sous-cutanée.

Une première tumeur nous donna une augmentation du métabolisme de base de + 60 pour 100 dès le lendemain de l'injection et qui se maintint neuf jours.

Une deuxième ne nous donna que + 10 pour 100 pendant quarante-huit heures. Une troisième + 16 pour 100.

Le premier chiffre obtenu par cette voie et avec une si faible dose d'extrait nous paraît déjà extrêmement intéressant. Il l'est plus encore si on se rappelle que la malade porteuse de cette tumeur était très amaigrie et elle aussi hypermétabolique. Certes, l'accroissement du métabolisme basal n'a pas une spécificité absolue, mais il semble bien le propre des éléments glandulaires.

Notre troisième groupe de recherches porte sur les *corps œstrogènes*. Elles ont été faites avec les extraits lipidiques en général évaporés au quart et injectés sous la peau d'une rate ovariectomisée.

Deux résultats furent négatifs. Deux autres furent au contraire franchement positifs, le pouvoir œstrogène mesuré par le test d'Allen Doisy dépassant de beaucoup le chiffre admis de 0 γ 5.

Certaines tumeurs du sein nous semblent donc contenir des substances à réaction hypercalcémiante, métabolique et œstrogène. Les premières de ces substances sont hydrosolubles, les dernières sont liposolubles.

* * *

Il est assez difficile d'établir un rapport entre la nature histologique de la tumeur et son action physiologique.

Les tumeurs hypercalcémiantes étaient de type glandulaire, lobulé ou alvéolaire, et montraient quelques enclaves graisseuses et des corps mûriformes, la richesse en mucus y paraissait assez marquée.

Dans la tumeur hypermétabolique, nous voyons apparaître une cellule nouvelle assez spéciale, polygonale, parfois effilée, plus haute que les voisines, à protoplasma homogène ou finement granuleux, qui prend surtout par l'acide osmique non une teinte grise ou noire, mais une teinte acajou ou brun chaud, qui réduit par conséquent l'acide osmique, mais pas comme les lipides, un peu comme le réduisent l'adrénaline, la tyramine. Nous avons donné à cette cellule le nom d'*osmiaffine* et pensons qu'on peut établir une relation entre sa pré-

1. Jacques LOEPER : Les sécrétions internes du cancer du sein. *Thèse de Paris*, 1943.

sence dans un épithélioma et l'accroissement du métabolisme de base produit par l'injection à l'animal.

La tumeur œstrogène contient enfin d'abondants lipides. Dans ses boyaux pleins l'examen histologique révèle souvent une richesse anormale en lipides de tout ordre, lipides parfois en gouttelettes incolores, mais aussi réduisant cette fois en gris ou en noir l'acide osmique, en général assez labiles, quelques-unes en forme de gouttelettes fines ou de grains mûriformes. La réduction est rare dans les tumeurs qui fournissent un résultat négatif. Mais elle peut manquer également dans les tumeurs à résultat positif.

C'est que les lipides abondants sont souvent dissimulés et n'apparaissent qu'avec le dosage chimique. Celui-ci révèle en effet un taux élevé de lipides totaux, un taux élevé aussi de cholestérine, 17 *g.* de lipides totaux, par exemple, dans un épithélioma infiltré, même 33 dans un autre et jusqu'à 385 pour 1.000 dans un troisième. Conjointement 2,50, 5,20 et 8,50 de cholestérine dans certains épithéliomas tubulés ou alvéolaires à boyaux pleins. Cette richesse lipidique existe non seulement dans le cancer du sein humain, mais dans les épithéliomas de la souris que nous a confiés M. Lacassagne.

Il est regrettable que nous ne puissions caractériser plus complètement ces lipides. C'est à n'en pas douter dans leur substance même que se trouvent les corps œstrogènes puisque c'est l'extrait lipidique qui produit le test d'Allen et Doisy. Nous croyons qu'ils sont sécrétés par la tumeur. M. Lacassagne a émis l'hypothèse, même après les expériences de Loewe et Dobrovolskaia-Zavadskaia, que ces corps étaient importés. A notre avis leur présence dans certaines tumeurs et non dans toutes permet de discuter cette opinion.

* * *

Tous les produits constitutifs d'une tumeur peuvent passer dans le sang. Il suffit d'examiner les espaces lymphatiques ou sanguins, non seulement à l'intérieur d'une tumeur, mais dans son voisinage immédiat pour retrouver des lipides, des plages muqueuses et des boules protéiques dans les cellules même ou autour d'elles.

Il suffit aussi de pratiquer des dosages sanguins pour y constater des taux habituellement élevés de protides, d'acides aminés, et surtout de cholestérine.

Mais la preuve la plus patente est fournie par l'examen du sang après la radiothérapie qui fait fondre la tumeur ou après l'excision chirurgicale qui la supprime.

Après la radiothérapie les protides s'élèvent de 5 à 11 pour 100 et la cholestérine s'accroît aussi dans la moitié des cas. Mais le calcium s'abaisse.

Après l'intervention chirurgicale, la cholestérine diminue constamment de 20 à 50 pour 100 et 2 fois sur 5 aussi le calcium sanguin.

Par la fonte de la tumeur la radiothérapie produit donc une augmentation momentanée des produits *venus de la tumeur* ; par son action l'intervention chirurgicale supprime à la fois les produits de sécrétion tels que la cholestérine et les effets calcémiants de cette sécrétion.

* * *

De cette étude, assez abrégée, mais qui résume 26 cas très complètement suivis, il résulte que la tumeur du sein déverse dans le sang toute une série de produits nés de son tissu même.

Il est certain qu'une partie de ces produits sont de désintégration cellulaire. Leur accroissement après radiothérapie vient à l'appui de cette manière de voir, mais il est bien probable que quelques-uns de ces produits sont vraiment élaborés, sécrétés par la tumeur.

Il reste à savoir si leur action est directe ou indirecte ? En un mot, si elle s'exerce par l'intermédiaire des glandes vasculaires qui troublent à leur tour la nutrition de l'individu ? Ou si elle agit directement et par son pouvoir propre à la manière proprement endocrine.

La question a été discutée déjà pour l'ostéose du cancer du sein au cours de laquelle on a parfois trouvé des rénetions des parathyroïdes (Bernard). Elle a été soulevée par Aaron qui, étudiant les surrénales des cancéreux, a fait de leur réaction un test diagnostique. Mais elle n'est pas résolue.

La réaction parathyroïdienne est certainement inconstante et les autres ne le sont pas moins. Nous conclurons donc que le cancer épithélial du sein déverse dans le saug des produits nés de son tissu même et que ces substances hydro ou liposolubles appréciées par le dosage ou reconnues par le microscope agissent directement sur le métabolisme, sur la calcémie et sur le fonctionnement ovarien. Il faut admettre parmi elles des produits de désintégrntion ou de résorption mais il faut admettre aussi des produits de sécrétion.

Il est difficile d'établir un rapport entre la production de ces substances et la nature histologique ou chimique de la tumeur. Pourtant les tumeurs les plus riches en lipides sont les plus œstrogènes ; les tumeurs les plus actives sur le métabolisme contiennent des cellules spéciales auxquelles nous avons donné le nom d'osmiaffines. En tout cas le cancer du sein est tantôt thyréo, tantôt parathyréo, tantôt ovaromimétique.

Dans la symptomatologie générale de tout cancer on peut avec un peu d'attention découvrir certains signes attribuables au passage dans l'organisme de substances nées de la tumeur. Ces signes qui se perdent dans une cachexie anonyme varient sans doute avec le siège et la nature du cancer et ne sont pas identiques dans tous. Mais il faut les rechercher avec soin.

A PROPOS D'UN INCIDENT SURVENU AU COURS D'UN DRAINAGE ENDOCAVITAIRE

RUPTURE DU DRAIN PÉNÉTRATION INTRA-CAVITAIRE EXTRACTION CHIRURGICALE. GUÉRISON

PAR MM.

René FONTAINE et Jean SAÏE

(Clairvive)

La méthode de Monaldi a fait ses preuves. Sa valeur et ses indications ne sont pas en cause ici. Mais au début d'une méthode nouvelle, il n'est jamais inutile de rapporter les incidents qui peuvent se produire. C'est à ce but que nous obéissons aujourd'hui en signalant une faute de technique que nous avons commise, la complication qui en résulta et la conduite thérapeutique que nous avons suivie :

M. M..., âgé de 53 ans, entre au sanatorium de Clairvive le 2 Juillet 1941. Etat général très médiocre. Température irrégulière, au voisinage de 38°. Tuberculose ancienne bilatérale caractérisée radiologiquement par un semis nodulaire de la région moyenne du poumon gauche et par un large évidement lobaire supérieur droit.

Après plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax droit, l'aspect radio-clinique des lésions contre-indiquant d'autre part le collapsus chirurgical, *un drainage de la caverne* est institué le 26 Janvier 1942 par l'un de nous (M. Saïe).

Le drainage est entrepris sur la ligne mamelonnaire à la hauteur du 3e espace intercostal droit, après anesthésie locale à la scurocaïne. Le trocart mousse est *enfoncé facilement* et sans rencontrer d'obstacle jusque dans la cavité pulmonaire. Une sonde de drainage est mise aussitôt en place et sa situation intra-cavitaire est contrôlée par un test lipiodolé. Quelques heures après la mise en place de la sonde, l'aspiration continue est établie. L'écoulement aspiratoire se produit de façon assez abondante, mais il reste discontinu.

Trois jours après l'intervention, l'aspiration devenant irrégulière, on retire la sonde sur 1 à 2 *cm.* (un trajet intra-cavitaire de quelques centimètres de la sonde avait volontairement été respecté). Mais le drainage n'est pas amélioré dans sa continuité par cette manœuvre.

Quatre jours après l'intervention le drainage est presque tari et le malade commence à accuser des douleurs irradiées dans la partie antérieure de l'hémithorax et dans le flanc droit. On cherche alors à mobiliser la sonde et, sous contrôle radioscopique, à la mettre de façon précise au pôle inférieur de la caverne en supprimant tout son trajet intra-cavitaire. C'est alors qu'on s'aperçoit *que toute mobilisation de la sonde est devenue impossible.* Pendant plusieurs heures, par des moyens les plus divers, on essaie de retirer la sonde; tout s'avère infructueux. La sonde reste solidement fixée au niveau des plans profonds. A la suite d'une légère traction le drain se rompt au niveau de la plaie et la partie interne se rétracte et disparaît en profondeur.

Avec le double souci d'éviter la rétention d'un corps étranger dans le poumon et une fistulisation antérieure de la caverne, on décide de tenter immédiatement l'extirpation du fragment de sonde retenu.

L'opération fut aussitôt pratiquée.

Compte rendu opératoire (Prof. Fontaine, Mlle Oswald, M. Gery).

Le drain s'est rompu trois heures avant l'opération.

Sous anesthésie locale on circonscrit l'orifice d'entrée du drain par une petite incision convexe vers le haut, puis on suit le trajet fistuleux en direction du 2e espace intercostal; mais dès la couche des muscles pectoraux on le perd et ne rencontre plus qu'une petite masse nécrotique abcédée qui parnît un abcès froid en voie de constitution. Sa dissection nous amène en profondeur sur un ganglion crétacé. Mais on ne retrouve toujours pas le trajet de la sonde. C'est alors, en ruginant la 2e côte, que l'on s'aperçoit que le trocart a traversé celle-ci en son milieu. On voit très nettement la perforation osseuse. Résection de la côte sur 5 *cm.* centrée sur la perforation. Sous elle le trajet fistuleux conduit dans la plèvre et à travers l'orifice pleural suintent quelques gouttes de pus. La caverne siège immédiatement en dessous. On ouvre en même temps au bistouri électrique la plèvre épaissie et adhérente et la paroi antérieure de la caverne sur quelques centimètres. Au fond de l'excavation on voit alors la sonde mobile avec les mouvements respiratoires. On la retire en même temps que de nombreux débris sanieux qui comblent en partie la caverne. Le fragment de sonde retiré mesure 15 *cm.* 2 mèches sont placées dans l'espace sus-pleural. Fermeture partielle de la paroi.

Les suites post-opératoires sont absolument normales. La température qui s'était élevée à 39° le lendemain de l'intervention s'abaisse progressivement en lysis. L'état général reprend. Dans les semaines qui suivent l'intervention, l'incision opératoire se referme progressivement et les mèches enlevées au sixième jour, la suppuration initiale se réduit bientôt à un suintement de quelques gouttes de mucopus légèrement hémorragique, ne nécessitant le renouvellement du pansement que tous les deux à trois jours.

Radiologiquement on constate une diminution des contours de la cavité pulmonaire, probablement produite en partie par l'existence d'un petit pneumothorax extrapleural, conséquence involontaire de l'opération.

En résumé nous avons rapporté l'observation d'une « fausse route » faite au cours d'un drainage endo-cavitaire par le passage du trocart de drainage à travers un segment costal. La sonde s'est d'abord coincée dans l'orifice osseux, puis s'est cisaillée, après quoi la partie interne est tombée au fond de la caverne. Cet incident peut paraître surprenant. Pourtant au moment de l'institution du drainage le trocart fut enfoncé doucement. Il pénétra aisément dans la caverne, plan après plan, sans rencontrer le moindre obstacle, sans même percevoir la résistance habituelle d'une plèvre épaissie au voisinage d'un évidement antérieur. Nous pensons qu'une ostéoporose sénile avec décalcification importante explique la facilité avec laquelle le trocart a perforé la côte.

Voilà donc un incident dont il convient de se méfier chez les malades d'un certain âge.

La conduite thérapeutique était délicate :

Laisser la sonde en place en se fiant à la bonne tolérance habituelle des corps étrangers intra-pulmonaires ne nous paraissait pas sans danger en

présence d'une caverne qui, ayant été ponctionnée et drainée, communiquait avec l'extérieur par l'orifice du drain. Elle retenait un fragment de sonde de 15 *cm.* Sans hésiter nous avons donc décidé de retirer ce corps étranger. Ceci nécessita l'ouverture assez large de la caverne.

Trois points frappent dans les suites post-opératoires :

1° *Leur bénignité :* Une poussée fébrile à 39° le lendemain de l'opération mise à part, elles furent sans histoire. L'ouverture d'une caverne tuberculeuse en plèvre fermée apparaît donc comme moins grave que d'aucuns ont pu le croire.

2° *La rapidité de la cicatrisation* qui, les mèches une fois retirées, se fit en quelques semaines sans la fistulisation et sans l'ensemencement pariétal que l'on pouvait craindre. Déjà pour les drainages endocavitaires ordinaires on est frappé par le peu de fistules persistant après la suppression de la sonde et par la perfection de la guérison. Dans notre cas elle fut plus surprenante encore et ce n'est pas là l'aspect le moins curieux de notre observation.

3° Cette guérison rapide de la plaie opératoire coïncida avec *une réduction sensible de la caverne* due très vraisemblablement à la création d'un pneumothorax extrapleural antérieur et aux modifications de la pression intra-cavitaire déclenchées par l'intervention.

Voilà les raisons pour lesquelles il nous a paru intéressant de publier notre observation.

LE TROPISME MAJEUR DES ULTRAVIRUS : LE BIOTROPISME

Par Paul HAUDUROY

Dans un livre récent [1], l'un des spécialistes les plus éminents de la question des ultravirus, le Prof. Levaditi, affirme que « quiconque désire préciser tant soit peu la nature de ces germes et leur genèse est obligé de tenir compte de trois prémisses que l'expérimentation met hors de doute ».

La première — la seule qui nous intéresse ici — est ainsi énoncée : « Les ultravirus sont incapables de germer et de pulluler *in vitro* aux dépens des principes inertes entrant dans la constitution des milieux de culture. » Et Levaditi, complétant sa pensée, écrit : « Ainsi, pour qu'un ultravirus ou un bactériophage puisse se multiplier, il exige le concours de la cellule vivante, dont il est le parasite obligatoire. »

C'est là, enfin, une confirmation nette et éclatante d'une notion qui depuis longtemps — depuis douze ans environ — me semble essentielle, que j'ai mise en évidence et sur laquelle j'ai insisté de multiples fois [2].

Notion si essentielle, qualité à ce point majeure qu'elle m'a toujours paru dominer les autres qualités physiologiques des ultravirus et que je l'ai désignée d'un mot nouveau, le *biotropisme.* Pour ces germes, ai-je écrit : « La vie seule permet la vie ; pour eux, pas de vie sans vie. »

Ce biotropisme est, en réalité, un fait d'observation clinique ou expérimentale banale, dont l'évidence a été bien lente à apparaître. Les preuves de son existence sont innombrables : le bactériophage ne se développe qu'en présence de germes vivants, la vaccine qu'en présence de cellules en voie de régénération, aucun ultravirus ne se multiplie dans un milieu composé de « substances mortes », tous les ultravirus se développent en présence de cellules vivantes. Il est inutile d'insister : les preuves les plus formelles de la vérité de ce fait physiologique ont été cent fois fournies.

Ce biotropisme est par ailleurs le tropisme majeur des ultravirus (car il est chez eux des tropismes majeurs et mineurs). Il domine, et de beaucoup, tous les autres, quels qu'ils soient. On a parlé de cytotropisme par exemple. Cette expression est une erreur : il n'y a pas de tropisme vers la cellule en général. Cellule morte ou cellule vivante ? Il y a tropisme exclusif vers la cellule *vivante* et c'est la qualité vie qui prédomine : biotropisme. Levaditi a parlé de dermotropisme, de neurotropisme. Mais Levaditi aussi a, dans de remarquables expériences, montré que seules les cellules vivantes en état de mitose étaient les lieux d'élection pour la régénération des ultravirus. Biotropisme toujours, biotropisme dominant.

Mais si nous constatons l'existence, la réalité de cette qualité majeure et essentielle, nous n'en avons pas encore compris les raisons, nous n'en savons pas le pourquoi. Comment se fait-il que pour les seuls ultravirus la vie seule permette la vie ? Pourquoi ne peuvent-ils assimiler, se développer, croître, se multiplier qu'aux dépens de la matière vivante ? Sont-ils vivants eux-mêmes ? N'ont-ils que les apparences de la vie ? Sont-ils cristaux chimiquement définissables ? Sont-ils un complexe de protéines auquel s'est joint un *x* mystérieux ? Tous les efforts des chercheurs sont incontestablement dirigés vers la découverte de cette énigme. Jusqu'à maintenant — il y a je crois tout intérêt à le dire tout haut — les solutions trouvées ne sont que des solutions verbales : aucun fait expérimental de portée générale ne vient les étayer. Hypothèses utiles certainement, mais hypothèses seulement qui ne sont pas la vérité. Et cependant, c'est dans la découverte de cette solution que réside incontestablement le secret de la nature des ultravirus.

Mais, si nous raisonnons et si nous expérimentons en ayant toujours présente à l'esprit cette notion du biotropisme, qualité essentielle des ultravirus, nous verrons nos connaissances pratiques s'enrichir considérablement. C'est grâce à elle en effet que la culture de ces germes est possible, que nous savons les voies d'inoculation les plus sensibles, que nous pouvons titrer, mesurer les qualités respectives des anticorps et des antigènes, qu'enfin nous pourrons mettre au point les méthodes de prévention les plus efficaces.

1. C. Levaditi, P. Lépine et J. Verge : *Les ultravirus des maladies animales*, 1. vol. (*Maloine*, édit.)

2. Hauduroy : *Paris-Médical*, 5 Juin 1926 ; *Les ultravirus et les formes filtrantes des microbes*, 1 vol. (*Masson*, édit.), 1929 ; *La Presse Médicale*, 25 Septembre 1929 ; *La Médecine*, Septembre 1931 ; *Les ultravirus pathogènes et saprophytes*, 1 vol. (*Masson*, édit.), 1934 ; *Schweiz. Mediz. Woch.*, 1er Novembre 1941.

DE L'IMPORTANCE DU DÉSÉQUILIBRE HYDRIQUE CHEZ LES OPÉRÉS

PAR MM.
R. SOUPAULT et J. WINTREBERT
(Paris)

L'eau, principe constitutionnel et élément vital, pénètre, habite, traverse, quitte l'organisme d'un sujet sain, selon des modalités qu'une série de phénomènes physiques, chimiques et physiologiques règlent automatiquement, puisque tout s'accomplit en dehors de la volonté, tout hormis l'absorption liquidienne ; et encore celle-ci est-elle très précisément soumise au réflexe biologique de la soif.

Dans certains états pathologiques (néphrite, diabète, choléra, etc.) les perturbations du métabolisme hydrique, à la base même de la maladie, sont évidentes.

Il en est de même dans les suites des traumatismes graves ou, ce qui revient au même, des interventions chirurgicales de quelque importance ; ce que les chirurgiens sont convenus d'appeler, à la suite de Leriche, la maladie post-opératoire, réalise, entre autres accidents, un bouleversement passager mais brutal des mouvements de l'eau, en gros une *déshydratation aiguë* à laquelle, sans méconnaître l'importance des autres phénomènes, nous serions tentés de donner la primauté.

Quand, en effet, on observe cliniquement les opérés, un certain nombre de faits dominent ; ce sont : la soif parfois angoissante, la sécheresse des muqueuses, l'oligurie, plus tard l'amaigrissement (plusieurs kilos en quelques jours) ; pour les plus graves, en outre, un visage profondément émacié, un affaissement des veines superficielles, de la cyanose des extrémités.

Et si, poussant plus loin les investigations, on cherche, comme nous l'avons fait, une estimation précise de l'état d'hydratation, on reconnaît que celle-ci tombe à un niveau insoupçonné et impressionnant.

Certes, les mécanismes régulateurs, chez les sujets opérés en bon équilibre général, interviennent au point que la phase critique est, le plus souvent, traversée sans dommage sinon sans risques. Au contraire, pour peu que l'état préalable du patient soit déjà déficient, qu'une tare d'un des principaux systèmes préexiste, ou que le choc opératoire dépasse un certain « seuil », il pourra arriver que surviennent des troubles graves, parfois même irréversibles, et que *l'opéré meure par manque d'eau.*

Nous voudrions soumettre au lecteur chirurgien quelques chiffres et quelques remarques.

De telles recherches, qui se heurtent à d'assez grosses difficultés pratiques, n'ont, semble-t-il, suscité jusqu'ici, en France [1], qu'un faible intérêt, tandis qu'aux Etats-Unis d'importants travaux y ont été consacrés.

Par rapport au sujet sain, l'opéré éprouve des déperditions d'eau, et donc des besoins très différents. C'est la partie apparente, quoique souvent méconnue — ou du moins sous-estimée — de la déshydratation. Mais, de plus, l'eau *à l'intérieur même de l'organisme* subit, du fait de l'acte opératoire, des « mouvements » considérables qui en rendent les réserves en partie indisponibles aux fonctions physiologiques normales essentielles.

Notre exposé, obligatoirement bref, comprendra donc : *a*) le bilan hydrique de l'opéré, autrement dit la balance des entrées et des sorties externes de l'eau ; *b*) les mouvements internes de la masse aqueuse intra-organique ; *c*) enfin, quelques conclusions thérapeutiques qui découlent impérieusement de ces données.

a) Chez l'homme, l'eau, qui représente 65 pour 100 du poids du corps, entre pour 78 pour 100 dans le sang, pour 75 pour 100 dans les muscles.

Un *sujet bien portant* absorbe, en moyenne, 2 litres 500 d'eau par jour (1 litre 200 par les boissons, 1 litre par les aliments, 0 litre 300 par suite des combustions internes).

L'eau n'est pas absorbée au niveau de l'estomac, mais au delà.

Le foie, système hydro-régulateur, forme un véritable barrage à la mise en circulation de l'eau absorbée *per os.*

Ces 2.500 cm^3 d'eau sont éliminés, *grosso modo,* par les urines (1.400 cm^3), par la sueur (700 cm^3), par la vapeur d'eau expirée (300 cm^3), dans les fèces (100 cm^3).

En face de ces chiffres — simple rappel comparatif — quelles sont les *pertes aqueuses d'un opéré ?*

Il est capital de noter tout d'abord que, dans ces circonstances, les émonctoires cutané et pulmonaire prennent des « droits préférentiels » sur les reins « qui ne se servent pour l'élimination des déchets de l'organisme que de l'eau qui leur est laissée, une fois satisfaits les autres processus » (Coller et Maddock). Cela dit, les « *pertes insensibles* » (Fuge et Hogg) des opérés (évaporation cutanée, exhalaison pulmonaire) sont de l'ordre de 1.500 *g.* par jour (Benedict et Root). Chez 12 sujets, nous avons personnellement trouvé en moyenne : perte insensible *pré*-opératoire, 584 *g.* ; le jour de l'opération, 1.415 *g.* ; le lendemain, 1.018 *g.* Il faut ajouter que ces pertes peuvent augmenter en raison de l'émotivité, de l'agitation, de l'anesthésie, de la fièvre, des couvertures et lainages, etc., et qu'enfin elles sont extrêmement sensibles à la température ambiante (19 *g.* par heure à 19° contre 84 *g.* à 35°) de même qu'au degré hygrométrique de l'air.

Les « *sorties anormales* » sont *l'hémorragie per-opératoire* (Coller et Maddock, White, Sweet et Hurwitt, Gosset, Leriche) : 500 cm^3 pour une opération de moyenne importance, l'*évaporation per-opératoire* (au cours d'une laparotomie 200 cm^3 par

1. J.-J. Soyer : *Thèse de Paris*, 1937. — J. Wintrebert : *Thèse de Paris*, 1943.

heure et par centimètre carré (Fischer), d'où l'intérêt d'opérer sous champs humides), le *suintement post-opératoire* de toute plaie drainée, considérable dans certains tamponnements de certains évidements.

Restent, enfin, les « *pertes inconstantes* » : vomissements ou, ce qui revient au même, aspiration gastrique ou duodénale, et, propres à la chirurgie digestive, l'entérostomie, le drainage biliaire, etc.

Dans cette débauche d'eau, « saignée aqueuse », le rein ne prend que ce qui reste. Or, pour rejeter les 35 *g.* d'urée obligatoires, avec la meilleure concentration possible (pas toujours réalisée), une diurèse quotidienne de 500 *cm*³ *au minimum* est nécessaire. D'après nos calculs sur 10 opérés, le rein, le lendemain de l'opération, améliore sa concentration alors que le taux des urines diminue. Les fonctions rénales restent intactes. L'oligurie ne traduit que la spoliation hydrique générale ainsi responsable — en partie tout au moins — de la rétention azotée.

Il est donc facile, par simple addition, de calculer qu'un opéré moyen aurait besoin, pour compenser les « sorties » réelles et nullement imaginaires, de : 1.500 *cm*³ (pertes insensibles) +500 *cm*³ à 1.000 *cm* (sorties anormales : hémorragie et suintements) + 1.000 *cm*³ (diurèse) = 3.000 à 3.500 *cm*³ *chaque jour, compte non tenu des pertes inconstantes ni des pertes intérieures ou occultes que nous allons étudier maintenant.*

Quelles sont, dans la réalité courante, en face de ces sorties, les entrées d'eau ? Une diète relative ou complète, la suppression presque totale de boisson. (Les sujets sont le plus souvent purgés la veille. Quelquefois la maladie pour laquelle ils subissent une opération les a déjà privés d'une partie de leurs épargnes.)

Quant aux quantités de sérum *usuellement* administrées, elles n'approchent jamais des doses nécessaires.

b) Mouvements internes de l'eau. Des trois états sous lesquels se trouve l'eau dans les tissus, le plasma (eau mobile circulante) représente 5 pour 100 seulement du poids du corps, tandis que l'eau lacunaire (semi-mobile) des espaces interstitiels figure pour 17 pour 100 et l'eau intra-cellulaire, dite immobile, eau de constitution qui fait partie des gels colloïdaux tissulaires, pour 44 pour 100.

Or — et c'est là un fait capital — entre ces trois secteurs qui, à vrai dire, sont normalement en constante relation, des mutations ou échanges ont lieu à un taux bien plus élevé — peut-être massif — dans certaines circonstances : les chocs, entre autres, et aussi cette variété de choc qu'est l'intervention chirurgicale.

Pour calculer ce que la masse d'*eau circulante* (relativement faible, nous l'avons vu), intermédiaire nécessaire lors des entrées comme des sorties d'eau, emprunte aux réserves lacunaires ou y déverse, pour savoir si l'eau cellulaire elle-même participe à ces perturbations, dans quel sens et dans quelle mesure, nous n'attachons jusqu'à nouvel ordre que peu d'importance aux tests que nous avons expérimentés et qui nous ont paru trop infidèles (il ne nous est pas loisible d'exposer ici nos raisons), de l'hématocrite, de l'hémoconcentration, de la viscosité sanguine, du dosage de l'hémoglobine, ainsi qu'au test d'Aldrich et Mac Lure. Peut-être la recherche de la densité sanguine, proposée par Jeanneney et Ringenbach, a-t-elle plus de valeur. Nous n'avons pu nous procurer encore l'appareil de Barbour et Hamilton.

Nous avons utilisé, au contraire, à notre grande satisfaction, la très précise épreuve jumelée au bleu Chicago et au rhodanate de sodium que MM. Cachera et Barbier ont exposée dans une série de publications (voir *La Presse Médicale*, 4-7 Mars 1942, n°s 20-21, p. 241).

Voici les conclusions auxquelles nous avons été conduits et qui nous paraissent remarquables.

Pour une perte de poids de 2 *kg.* 800 en vingt-quatre heures, représentant strictement l'ensemble des sorties d'eau, soit 2.800 *cm*³, le plasma (masse circulante) perd 1.000 *cm*³ tandis que les liquides interstitiels (masse lacunaire) augmentent de 3.300 *cm*³; l'eau nécessaire, soit 2.800 + (3.300 — 1.000) = 5.100 *cm*³ étant donc fournie par le liquide intracellulaire qui subit une perte égale au gain des liquides extra-cellulaires, augmenté des sorties d'eau de l'organisme.

Au point de vue doctrinal comme au point de vue pratique, deux faits :

1° Le grand bénéficiaire de ces dérèglements est le liquide des espaces interstitiels. Il semble que, par un mécanisme encore bien incomplètement élucidé, l'eau s'amasse dans le système lacunaire capable d'en retenir des quantités considérables. C'est ce que nous appellerons les « *pertes occultes* », qui s'ajoutent à toutes celles énumérées au paragraphe précédent. Le phénomène est facile à observer sur des membres contus, ou au cours des brûlures, ou encore dans des occlusions intestinales où des *masses* de liquide s'accumulent et dans la cavité péritonéale sous forme d'exsudats et dans les tuniques intestinales œdématiées (hydrolysats) et dans l'intestin lui-même (sécrétions ou transsudats). Chaque laparotomie, avec son iléus paralytique transitoire, réalise une occlusion en miniature et ce n'est pas beaucoup s'avancer que de compter avec la réalité de ces pertes occultes. Dans le même ordre des traumatismes opératoires, plusieurs auteurs ont noté la chloropexie au niveau des tissus manipulés, qui s'accompagne naturellement d'*hydropexie*.

Certes, des passages, des virements d'eau, se font du système lacunaire au système circulatoire proprement dit. Sinon on ne comprendrait pas dans l'observation que nous avons prise en exemple que les sorties extérieures soient de 2 litres 800 alors que le plasma n'a perdu que 1 litre. Mais ces passages ne paraissent être consentis que lentement, paresseusement et, pourrait-on dire, à contre-cœur et d'autant plus mal que le déséquilibre est plus profond ; et ce semble une illusion que de compter restituer par la voie des espaces conjonctifs, dans des proportions et à un rythme suffisants, le liquide dont manque le plasma.

La perméation endothéliale évidente de l'intérieur des capillaires vers les espaces interstitiels (exhémie plasmatique de Lambret) existe plus que probablement dans l'autre sens. Des phénomènes bien plus complexes que la simple osmose y président, que nous ignorons encore pour la plupart et qu'il y aurait pourtant si grand intérêt à connaître, non seulement pour éviter les fuites de l'eau hors des vaisseaux, mais pour y permettre son retour.

2° Le plasma est, en effet, le plus touché dans cette déshydratation. Si l'eau cellulaire, par exemple — comme dans notre cas — perd réellement 5.100 *cm*³, cette quantité ne représente, chez un sujet de 60 *kg.*, que moins de 1/5 du chiffre global. Au contraire, le plasma, en diminuant d'un litre, perd plus de 1/3 de son volume, si aucun phénomène compensateur, naturel ou artificiel, n'intervient ! Or, Blalock n'a-t-il pas montré qu' « une diminution prolongée de la masse sanguine circulante est capable d'entraîner un choc mortel quand elle atteint 4 pour 100 du poids du corps » ? Soit, dans l'exemple actuel, 2 litres 400 au lieu de 1 litre que nous avons noté. Tout nous porte à croire que cette marge est rapidement franchie chez certains opérés graves, sur lesquels, bien entendu, nous nous sommes interdits de faire des explorations de cet ordre, mais chez lesquels le tableau clinique traduit l'insuffisance aiguë de la masse liquidienne circulante : ce que nous appellerions volontiers un état d'*hydrorragie aiguë*.

c) La réhydratation des opérés (graves surtout) est une nécessité absolue. Ce principe n'est pas contesté.

Mais l'étude que nous venons d'esquisser nous amène à proposer des modifications sérieuses à l'usage courant :

1° Les doses de 1 litre ou 1 litre 5 sont insuffisantes ; il faut au moins les doubler pour parer à peu près aux sorties d'eau moyennes. Si la déshydratation se prolonge, ou si elle est plus aiguë du fait des circonstances opératoires, il faut aller au delà.

2° Les boissons ne passent pas par l'estomac après les laparotomies. La voie rectale est incertaine si le foie fait barrage. La voie sous-cutanée est inopérante dès que l'état s'aggrave, puisque l'eau stagne dans les espaces lacunaires du tissu conjonctif sans être reprise par le torrent circulatoire. La *voie intra-veineuse* seule réhydrate utilement en temps et au lieu voulus, et la perfusion goutte à goutte permet, au rythme modéré qu'impose le myocarde, d'introduire réellement jusqu'à 5 litres par jour tant que se joue la maladie post-opératoire. Dès qu'éclate la crise diurétique, en effet, cette thérapeutique hydrique n'a plus d'intérêt.

3° Toutes ces données valent avant tout pour les opérés de l'abdomen mais pas seulement pour eux.

4° Il n'a été ici question que de l'eau ; personne n'ignore l'importance des électrolytes, des protides, des glucides, des lipides, de l'équilibre acide-base, etc. Mais ce sont là d'autres problèmes.

QUELQUES RÉFLEXIONS A PROPOS D'UNE ÉPIDÉMIE RÉCENTE DE FIÈVRE TYPHOÏDE

PAR

Robert FROYEZ
et **Huguette FROYEZ-ROEDERER**
(Berck)

Nous avons eu l'occasion de soigner au cours de l'année 1942-1943, 79 cas de fièvre typhoïde ou de paratyphoïde A dans notre service à l'hôpital civil de Berck-sur-Mer. Quelques faits nous ont paru intéressants à noter parmi ces observations.

Du point de vue *étiologique*, nous avons identifié soit par hémoculture, soit par séro-diagnostic 55 cas d'infection à bacille d'Eberth et 24 cas de paratyphoïde A ; aucune infection à paratyphique B n'a été reconnue.

Le sexe féminin fut surtout atteint, puisque nous relevons 57 femmes contre 22 hommes. Mais plus intéressante encore que l'étude du sexe, celle de l'âge nous permet de constater que jusqu'à 21 ans nous comptons 32 malades du sexe féminin et 18 du sexe masculin, tandis qu'à partir de 22 ans, 25 femmes furent hospitalisées et seulement 4 hommes.

Ceci prouve l'efficacité absolue de la vaccination préventive, car sur les 4 cas d'hommes adultes observés, 3 n'avaient pas été vaccinés, ayant été réformés respectivement pour coxalgie, malformations congénitales et ostéomyélite chronique. Reste donc un seul homme âgé de 33 ans atteint de paratyphoïde A, malgré une vaccination qui paraît avoir été correctement pratiquée.

Il ne s'agit pas de coïncidence heureuse, car des familles entières furent hospitalisées : une fois la grand'mère, la mère et la fille, une fois la mère et 5 enfants, trois fois la mère et 3 enfants, une fois la mère et 2 enfants ; dans tous ces cas le père est resté indemne. Nous n'avons jamais eu à soigner un ancien combattant de la guerre 1914-1918, et ceci nous prouve la durée de l'immunité vaccinale.

Cette immunité, si elle paraît prolongée, met par contre un certain temps à s'acquérir, ainsi que le prouve l'observation suivante : Monique L...., 14 ans, devant l'extension de l'épidémie a reçu 3 injections de vaccin Pasteur, les 4 et 20 Janvier et le 7 Février 1943. Le 15 Février 1943 apparurent les premiers symptômes d'une infection typhique particulièrement grave et prolongée. Un séro-diagnostic pratiqué le 17 Mars, soit plus d'un mois après la dernière injection de vaccin, nous donna une agglutination à l'Eberth au 1/600ᵉ, une agglutination au paratyphique A au 1/150ᵉ et pas d'agglutination au paratyphique B.

La cause même de la diffusion de la maladie a presque toujours échappé, malgré les enquêtes effectuées ; les analyses d'eaux ont été le plus souvent satisfaisantes et nous croyons qu'il faut plutôt attribuer cette épidémie au surpeuplement des villages où s'entassent et se renouvellent constamment soldats et travailleurs étrangers. Les feuillées des cantonnements étaient installées sans précautions ou n'étaient pas utilisées ; chaque femme s'était improvisée blanchisseuse, lavant pêle-mêle le linge de sa famille et celui des soldats et ouvriers.

Ces faits nous expliqueraient pourquoi, si certains villages furent infestés par un seul germe (20 cas d'infection à Eberth dans un village de 650 habitants), on trouve dans d'autres agglomérations des infections aussi bien à Eberth qu'à para A. Il faudrait peut-être aussi voir là la raison pour laquelle le maximum de l'épidémie se soit situé tardivement

en Octobre-Novembre, non pas au moment des chaleurs et de la consommation des crudités, mais lors de l'arrivée au repos des troupes venant de Russie.

La *symptomatologie* en a été banale, rarement complète, la diarrhée notamment faisait souvent défaut; le signe le plus constant fut la dissociation du pouls et de la température. Celle-ci s'est toujours montrée fort élevée : 5 fois elle atteignit 41° ; 22 fois elle se maintint plusieurs jours au-dessus de 40°5.

Un des faits les plus frappants que nous ayons pu noter dans ces observations est l'évolution anormalement prolongée de certains cas ; soit sans aucune détente, soit entrecoupée de périodes apyrétiques : sur 55 cas de fièvre typhoïde, 14 fois la température a persisté plus de trente jours et 2 fois dura, même soixante et soixante-cinq jours. Parmi les 24 cas d'infection à para A, 5 seulement ont dépassé trente jours, mais une fois la fièvre se maintint soixante-dix jours sans rémission.

Nous avons observé une surdité passagère dans une dizaine de cas, même au cours de formes légères.

Parmi les *complications* les plus fréquemment observées furent les suppurations banales : furoncles, abcès, adénites, etc. Parmi celles-ci, 2 méritent d'être signalées : une parotidite suppurée à staphylocoques et un cas de gangrène de la joue à point de départ buccal, envahissant peu à peu toute l'hémiface, provoquant ainsi la chute d'un œil englobé dans la plaque sphacélique et ayant entraîné la mort en six semaines environ.

Nous n'avons observé qu'un seul cas de suppuration spécifique ; il s'agissait d'une forme grave de paratyphoïde A qui fut de nouveau hospitalisée onze mois après le début de l'affection pour un abcès volumineux de la racine de la cuisse, dont le point de départ n'a pas été nettement élucidé, mais dont le germe s'est révélé être un paratyphoïde A typique. Quelques mois auparavant, soit sept mois après le début, la malade avait déjà présenté un abcès du sein et un point de périostite tibiale suppurée, mais n'ayant pas été hospitalisée, le pus n'en avait pas été examiné.

D'autres complications banales ont pu être notées : 3 phlébites, 3 arthrites non suppurées, 2 ictères, 1 cholécystite.

Nous n'avons pas observé un seul cas de perforation intestinale, et seulement 3 cas d'hémorragie : l'une à l'arrivée ayant provoqué l'hospitalisation, les autres dans les trois premiers jours. Peut-être faut-il attribuer cette heureuse éventualité à l'administration systématique de vitamine C dès l'admission de tous nos malades.

En dehors du cas de gangrène signalé plus haut ayant entraîné le décès plus de deux mois après le début, nous n'avons perdu que 4 de nos malades, soit 5,06 pour 100: 2 décès se produisirent dans des formes hyperthermiques, l'un au quatorzième jour avec 41°4, l'autre au vingt-huitième jour avec 41°7; les 2 autres décès survinrent plus tardivement encore au trentième et au quarante-neuvième jour chez des malades présentant encore une fièvre à 39°5 et furent causés par des troubles myocarditiques, irréductibles, malgré tous les traitements institués.

Il est intéressant de remarquer que 2 des malades décédés étaient du même hameau, probablement contaminés à la même source et atteints du même germe particulièrement virulent, en l'occurrence un paratyphique A. Une 3° malade de ce même pays, sœur d'un des précédents, survécut, mais c'est elle qui présente à l'heure actuelle, soit onze mois après le début de son infection, le volumineux abcès de la cuisse à paratyphique A que nous avons signalé.

Si 2 de nos décès ont pour cause le paratyphoïde A, les 2 autres sont imputables à l'Eberth. Ces chiffres ne sont pas assez élevés pour préjuger de la plus grande virulence d'un germe ou de l'autre.

Nous avons essayé chez ces malades *tous les traitements* depuis les classiques sels d'argent et urotropine jusqu'aux sulfamides et aux transfusions, en choisissant les donneurs présentant une immunité élevée. Et nous avons l'impression très nette qu'aucune de ces thérapeutiques ne modifie en rien l'évolution de la maladie.

Seule, peut-être, la vaccination par voie sous-cutanée à doses très progressives diluées dans du sérum physiologique et espacées suivant les réactions observées nous a semblé avoir quelque influence sur la courbe thermique. Mais n'ayant voulu tenter ce traitement que dans des formes typiques, de gravité moyenne, chez des adultes jeunes et non tarés et dès le début de l'affection, nous n'avons trouvé toutes ces conditions réunies que dans 3 cas et nous ne pouvons conclure. Par contre, la vaccination par voie buccale s'est toujours montrée inefficace.

Nous avons donné systématiquement et dès leur arrivée à tous nos malades des vitamines A et C. Là encore ces traitements semblent sans effet sur la fièvre, les symptômes, la durée de l'évolution, mais peut-être devons-nous leur attribuer l'évolution heureuse de ces affections graves pour la plupart puisque nous n'avons eu que 5,06 pour 100 de décès et surtout l'absence de complications hémorragiques.

Si aucun médicament ne se montre réellement efficace contre l'infection elle-même, chaque symptôme doit être traité séparément :

Ainsi l'association bismuth-oxyquinoléine nous a semblé agir heureusement sur la diarrhée.

L'adrénaline donnée systématiquement dès le début et dans les formes graves l'acétate de désoxycorticostérone et la digitaline nous ont permis d'éviter ou de guérir, sauf dans 2 cas, les accidents hypotensifs ou myocardiques.

La fièvre résistant à tous les antithermiques habituels ne cède qu'à l'hydrothérapie froide. Nous avons préféré aux enveloppements les bains donnés à 18° environ et avons pu constater le bien-être qui leur succédait : diminution de la torpeur ou du délire, sommeil calme, respiration lente et régulière, pouls mieux frappé.

L'amaigrissement et la déshydratation ont été efficacement combattus par du sérum salé sous-cutané ou, s'il n'y avait pas de diarrhée, par un goutte à goutte rectal sucré froid. L'alimentation liquide a été abondante et rapidement au lait pur nous avons ajouté des farines, des légumes passés, des confitures.

Les complications cutanées seront évitées par des soins constants de la peau, notamment au niveau du siège pour prévenir les escarres si fréquentes. Après chaque bain, nos malades ont été soigneusement séchés et frictionnés d'alcool afin d'éviter la macération des téguments.

Bref, nous voyons que la thérapeutique de la fièvre typhoïde n'a pas beaucoup changé depuis cinquante ans, et que c'est avant tout une surveillance attentive de tous les instants qui permet d'éviter les accidents et complications graves. C'est dire tout l'intérêt de traiter de telles affections à l'hôpital ou en clinique, où un personnel bien adapté permet de baigner correctement les malades, de prévenir les complications cutanées, de pratiquer au moment opportun une injection de sérum ou de camphre, d'avoir l'autorité nécessaire pour leur faire accepter la discipline diététique indispensable. Nous sommes persuadés que notre faible mortalité est due en grande partie à ces soins quotidiens, à la compétence et au dévouement du personnel de notre hôpital. La plupart des malades venaient des villages plus ou moins éloignés et n'auraient pu recevoir chez eux les soins nécessaires.

Malheureusement l'hospitalisation de tels malades est difficilement admise par les médecins et leurs patients. Ceux-ci qui n'hésitent pas à envoyer en clinique l'affection chirurgicale la plus bénigne résistent lorsqu'il s'agit d'un cas de « maladie » pourtant plus grave et plus difficile à soigner à domicile et présentant en plus un danger de contamination.

En effet, l'hospitalisation des typhiques offre non seulement un intérêt primordial pour le traitement de la maladie, mais serait encore d'une grande efficacité prophylactique. Dans la plupart des milieux et surtout dans les milieux ruraux d'où venaient nos malades, il est absolument impossible d'obtenir la discipline et l'hygiène nécessaires pour éviter la contagion. D'où ces contaminations massives familiales que nous avons signalées et qui eussent été évitées si le premier cas avait été hospitalisé sitôt le diagnostic porté.

A notre avis, le *traitement prophylactique* comprend donc :

La *vaccination* dont nous avons constaté l'efficacité absolue, vaccination par voie sous-cutanée bien supportée, le plus souvent malgré sa mauvaise réputation ; la vaccination par voie buccale est trop souvent inopérante et donne une fausse et dangereuse sécurité.

L'hospitalisation et l'isolement du malade aussitôt la maladie reconnue. A ces mesures, il convient d'ajouter les enquêtes épidémiologiques qui permettent parfois de trouver la source de la contamination et de la combattre.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

L'EMPLOI DE L'HÉPARINE EN THÉRAPEUTIQUE

Les remarquables travaux poursuivis depuis huit ans par l'école suédoise, ainsi que ceux des auteurs canadiens et américains, ont démontré l'utilité considérable de l'héparine en thérapeutique. On sait que l'héparine est un anticoagulant existant normalement dans les tissus de l'organisme. Elle a été découverte à Baltimore en 1916 par Jay Mac Lean dans le foie du chien et à peu près simultanément par Howell qui mit au point une première méthode de purification. A la suite des travaux de cet auteur, de ceux de Charles et Scott, de Smitz et Fischer, Jorpes a pu obtenir l'héparine pure et ses sels à l'état cristallisé. Sa formule chimique n'est pas encore parfaitement connue. On sait qu'elle contient une forte proportion d'acide chondroïtine sulfurique, ce qui explique qu'une dose infime d'héparine fait virer au violet la solution de bleu de toluidine. En solution aqueuse elle est stable, on peut la faire bouillir une heure à 100°. Son activité s'exprime en milligrammes de substance sèche. L'héparine existe dans tous les tissus. C'est dans le foie, le poumon, le muscle, la rate, le thymus, qu'on en trouve les plus grandes quantités. Elle provient des mastzellen d'Erhlich, situées au voisinage des petits vaisseaux. Sa préparation commerciale est obtenue à partir du foie et du poumon de bœuf.

Les propriétés physiologiques de l'héparine peuvent être résumées en une phrase : elle allonge le temps de coagulation. Ce pouvoir remarquable se manifeste *in vitro* et *in vivo*. Après injection intraveineuse de 75 à 125 *mg.* d'héparine, le temps de coagulation, mesuré par la méthode d'Hedenius, s'élève très rapidement à vingt, trente et cinquante minutes. Il revient à la normale au bout de cinq à six heures. Avec de fortes doses, Hedenius et Wilander ont pu lui faire atteindre quinze heures. Les propriétés physico-chimiques du sang ne subissent aucune autre modification et en particulier le temps de saignement reste inchangé.

L'héparine doit être injectée *par voie intraveineuse*. Depuis qu'on l'obtient à l'état de pureté, elle ne provoque pratiquement aucun phénomène d'intolérance. Les auteurs canadiens l'injectent en goutte à goutte intraveineux ; cette méthode qui n'est pas toujours facile à employer oblige à introduire dans la circulation un volume de liquide assez important, ce qui peut avoir parfois des inconvénients. Les auteurs suédois préfèrent les injections répétées. Olovson laisse en permanence dans la veine une aiguille munie d'un embout fermé par une membrane de caoutchouc. Une infirmière peut faire les injections à travers cette membrane, même pendant le sommeil. Si on emploie le goutte à goutte, la *dose habituelle* est de 10 à 20 *mg.* par heure. Quant aux injections discontinues, elles sont répétées 4 fois par jour, de 8 h. à 20 h. Les trois premières doses sont de 50 à 100 *mg.*, la quatrième de 100 à 150 *mg.*

Les thromboses veineuses représentent l'indication majeure de l'héparine. On l'emploie à titre préventif, abortif et curatif.

Dans un *but préventif*, elle a été utilisée par Crafoord chez 325 malades qui avaient subi des opérations exposant particulièrement à la phlébite (cancer du côlon et du rectum, interventions sur les voies urinaires, la vésicule, etc.). Les injections commencées au bout de quatre à douze heures furent répétées pendant quatre à dix jours. Aucun des malades ainsi traités n'eut de thrombose. Pendant la même période, 302 sujets subirent des opérations analogues sans recevoir d'héparine : 33 d'entre eux eurent des phlébites certaines, dont 9 vérifiées à l'autopsie. En gynécologie, l'héparine a été essayée par Wetterdal chez 107 femmes opérées pour prolapsus utérin, myome utérin, tumeurs ovariennes ou utérines. 3 d'entre elles avaient déjà eu des phlébites, plusieurs étaient âgées, obèses, avaient de grosses varices ou étaient en état d'insuffisance cardiaque ; 9 avaient un myome utérin nécrosé. Une seule eut une phlébite avec embolies et il est difficile de porter ce cas au passif de la méthode, car la thrombose apparut onze jours après l'arrêt des injections. Par contre, chez 140 femmes opérées pour prolapsus, n'ayant pas reçu d'héparine, il y eut 5 pour 100 de phlébites et 3,8 pour 100 chez 914 opérées pour myome.

Leissner a fait des injections préventives d'héparine à 50 accouchées qui avaient subi une opération obstétricale et étaient de ce fait particulièrement menacées par la phlébite. Cette dernière se produisit néanmoins chez 2 d'entre elles, ce qui n'est pas inférieur au pourcentage observé chez les témoins. Cet échec est certainement dû à une administration insuffisamment prolongée du produit, les injections ayant été interrompues au bout de quarante-huit heures.

Le traitement abortif de la phlébite a été mis au point par Bauer. Cet auteur a réussi à déceler la thrombose à son stade tout à fait initial par la veinographie, suivant une technique très intéressante inspirée de celle de Dos Santos. Une première série de résultats publiée en 1941 mérite d'être rapportée. 32 thromboses dépistées très précocement furent traitées par les méthodes habituelles, y compris la novocaïnisation du sympathique lombaire : dans 75 pour 100 des cas, la constitution d'une phlegmatia typique ne put être évitée ; la bilatéralisation se produisit dans 31 pour 100 des cas et l'extension aux veines du petit bassin dans 16 pour 100 (dont une mort) ; il y eut des infarctus pulmonaires chez 34 pour 100 de ces malades, entraînant une fois la mort. La durée moyenne du séjour au lit fut de quarante-trois jours. Au contraire, chez 21 malades traités immédiatement par l'héparine, la phlegmatia fut toujours évitée, la durée moyenne du séjour au lit fut de six, sept jours. Peu de temps après, Hellster confirmait entièrement ces résultats d'après une expérience portant sur 40 cas décelés par veinographie.

Lorsque la phlegmatia est constituée, l'héparine est encore utile. Crafoord a observé le retour très rapide de la température à la normale, la disparition accélérée de l'œdème ; d'autres fois il est vrai, le cours de la maladie ne semble pas modifié. Wetterdal a l'impression que l'évolution peut être considérablement raccourcie. Bauer estime qu'il est possible d'éviter la bilatéralisation, de prévenir l'apparition des infarctus et peut-être d'obtenir la fibrinolyse du caillot. Dans ce cas, le traitement doit être prolongé pendant un temps suffisamment long.

En Décembre 1942, Bauer, Crafoord, Hellsten et Jorpes résumaient ainsi les résultats obtenus : 283 phlébites avaient été traitées en Suède à des stades divers de leur évolution ; 3 morts s'étaient produites : dans un cas il s'agissait d'une diabétique âgée de 78 ans, dans les deux autres cas, le traitement ne semblait pas avoir été parfaitement appliqué. En 1920, 1921 et 1940, la mortalité était un peu supérieure à 9 pour 100.

Dans le traitement de l'infarctus pulmonaire, l'eupavérine intraveineuse doit être associée à l'héparine. Plusieurs auteurs, en particulier Clason, signalent des guérisons remarquablement rapides, même dans des cas particulièrement graves.

En *chirurgie vasculaire*, dont le gros écueil est la thrombose, l'emploi de l'héparine est, selon les auteurs suédois, obligatoire. Clémens, Murray, Groth, Lindgren et Wilander l'ont utilisée avec succès dans les embolectomies, les sutures vasculaires, les anévrysmorraphies.

L'héparine est sans doute appelée à une large expérimentation en *pathologie interne*. Pour le moment les résultats publiés sont généralement trop fragmentaires pour qu'il soit possible de se faire une opinion précise. Signalons cependant qu'elle a été employée, avec apparence de succès, dans la thrombose des vaisseaux de l'œil (Holmins et Plomans), dans l'embolie et la thrombose cérébrales, dans l'artérite des membres inférieurs (Hedenius), dans la thrombose du sinus caverneux (Kolff). Dans le traitement de l'infarctus du myocarde, l'héparine peut jouer un rôle adjuvant et semble capable d'éviter les embolies (Hedenius, Holten et Lundsteen). La thrombose de l'oreillette avec embolies est justiciable de l'héparinisation ; entre les mains d'Oldfelt, celle-ci a donné des résultats durables et semble même avoir raréfié des crises de fibrillation auriculaire. Espérant atteindre les bactéries dans leurs repaires fibrineux profonds, Kelson et White ont associé l'héparine à la sulfamidothérapie dans le traitement de l'endocardite maligne lente. Les premiers résultats en apparence encourageants ont provoqué une expérimentation assez importante (Friedmann, Hamburger et Katz, Lichtman et Bierman, Leach, Mac Lean, Flechter, Oldfelt, Kolff, Kleiber). La conclusion qui s'en dégage est assez décevante : comme tant d'autres, cette nouvelle tentative a abouti à l'échec.

En injection intrapleurale, l'héparine semble être un médicament antisymphysaire efficace (Gosta, Widstrom et Wilander). Utilisée dans le même but par voie intrapéricardique, elle a provoqué des hémorragies.

Tous les examens de sang peuvent être faits avec du sang hépariné, ce qui a l'avantage de permettre des analyses retardées de six à vingt-quatre heures après le prélèvement. Pour la vitesse de sédimentation, on a comparé les mérites respectifs de cette méthode et de celle qui emploie le sang citraté. Le nombre des mémoires consacrés à ce sujet démontre que l'accord n'est pas établi mais, à vrai dire, l'avantage de l'héparine paraît mince en cette matière.

Il nous reste quelques mots à dire sur les *inconvénients de l'héparine* : bien entendu, il s'agit essentiellement d'accidents hémorragiques ; au premier abord, il semble assez téméraire de doubler ou de tripler le temps de coagulation de malades porteurs de plaies opératoires parfois étendues. Et, en effet, il peut se produire immédiatement après l'intervention, ou bien vingt-quatre à quarante-huit heures plus tard, un suintement hémorragique entre les lèvres de la plaie ; d'autres fois un hématome sous-cutané ou profond se constitue. Après l'accouchement, Leissner a observé une hémorragie utérine massive ayant exigé une transfusion. Mais dans l'ensemble, ces accidents sont rares, beaucoup plus rares qu'on n'aurait pu le craindre, et cela sans doute parce que le temps de saignement est sauvegardé. Pour éviter tout ennui il faut observer les règles suivantes : les injections d'héparine ne doivent pas être commencées avant l'opération, ni immédiatement après : on laissera s'écouler un délai de douze à vingt-quatre heures. On ne donnera pas d'héparine aux malades atteints d'ulcères gastro-duodénaux ou d'hémorroïdes ayant déjà tendance à saigner. Chez les malades atteints d'infarctus pulmonaire, on se méfiera toujours de la constitution insidieuse d'un épanchement pleural hémorragique. Chez la femme, la période menstruelle n'est pas une contre-indication. En cas d'hémorragie, il est d'ailleurs facile d'y mettre fin par l'injection intraveineuse de sulfate de protamine, produit qui neutralise rapidement l'effet d'un *poids double d'héparine*. Quant aux phénomènes de choc ils sont rarissimes et probablement dus à une purification imparfaite du produit.

Signalons enfin qu'en cas d'infection, l'héparine est peut-être capable d'entraver les défenses naturelles de l'organisme : on l'a accusée de se combiner avec le complément aussi avidement qu'elle le fait avec la thrombine.

En résumé, l'héparine introduite par voie intraveineuse a le remarquable pouvoir d'allonger le temps de coagulation, sans modifier le temps de saignement ni aucune des propriétés naturelles du sang. Après les interventions chirurgicales, les injections d'héparine permettent d'éviter les phlébites post-opératoires ; au stade le plus précoce de la thrombose, elles la font avorter ; lorsque la phlébite est constituée, elles l'empêchent de s'étendre et semblent bien en raccourcir l'évolution. L'héparine sera probablement utile pour le traitement d'un bon nombre d'affections médicales dans lesquelles la thrombose joue un rôle, mais dans ce domaine la période des premiers essais est à peine atteinte.

J. Bouvrain.

BIBLIOGRAPHIE

G. Bauer, C. Crafoord, W. Hellsten et E. Jorpes : Erfarenheter av trombos, och embolibehandling med. heparin. *Nordisk Med.*, 5 Décembre 1942, **16**, n° 49, 3277. — P. Cazal : Mastocytes, mastocytoses, histamine et héparine. Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc, séance du 30 Janvier 1942. — C. Crafoord et E. Jorpes : Héparin. *Nord-Méd.*, 1942, **13**, 1310. — R. Feissly : Considérations sur les méthodes de mesure de la vitesse de coagulation sanguine. *Schweiz. medic. Wochen.*, 13 Juin 1942, **72**, n° 24, 648. — A. Grimberg et M[lle] Krauss : L'héparine, propriétés, utilisation. *La Presse Médicale*, 1er Février 1939, n° 9, 158. — W. Hellsten : Redogorelse over heparinbehandlade fall fran nagra Stockholmssjukhus. *Nord-Méd.*, 1942, **13**, 1057. — C. Holten et E. Lundsteen : Om Anvendelse av heparin ved coronarthrombose. *Nordik Med.*, 1942, **13**, 13. — V. Kaulla : Héparine et clinique. *Munch. med. Woch.*, 22 Août 1941, n° 34, 931. — P. Kleiber : Subacute bacterial endocarditis treated unsuccess fully with sulfapyridin and heparin. *J.A.M.A.*, 1940, **115**, 1713. — W. J. Kolff : Experience with intravenous heparin, treatment by the veinseeker in the treatment and prévention of thrombosis and in treating endocarditis lenta. *Act. Med. Scand.*, 1943, **110**, n° 4, fasc. 1, 92. — Kolff : Injections intraveineuses d'héparine dans le traitement de l'endocardite lente. *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.*, 24 Janvier 1942, **85**, n° 4, 174. — Leach, Faulkner, Duncan et White : Chemotherapy and heparin in subacute bacterial endocarditis. *J. A. M. A.*, 1941, **117**, 1345. — G. Nielsen : Heparin and the blood sedimentation reaction. *Act. Med. Scand.*, 30 Juin 1942, **110**, n° 1, fasc. 1, 66. — G. Nielsen et Ingerode-Moller : Heparin blood and Landau's microsédimentation method. *Act. Med. Scand.*, 8 Avril 1943, **113**, fasc. 58, 463. — C. O. Oldfelt : Treatment of subacute bacterial endocarditis with heparin. *Act. Med. Scand.*, 23 Décembre 1942, **112**, fasc. 6, 585. — C. O. Oldfelt : Heparin treatment in cardiac insufficiency with intermittent auricular fibrillation and multiple embolism. *Act. Med. Scand.*, 23 Décembre 1942, **110**, n° 2, fasc. 6, 593. — K. Ostner : Studien über die heparin blutsenkungsreaktion und heparin-citrat-blutsenkungsreaktion. *Act. Med. Scand.*, 1942, suppl. **127**. — Y. Pécher : Nouveaux essais de traitement de la maladie d'Osler. *La Presse Médicale*, 1er Août 1942, n° 36, 500 : Symposium on heparin and thrombosis. *Act. Med. Scand. Stockholm*, 23 Avril 1941, **107**, fasc. 2. — P. Wetterdal : L'emploi de l'héparine dans la prophylaxie des thromboses consécutives aux opérations gynécologiques. *Zent. f. Gynec.*, 25 Janvier 1941, **65**, n° 4, 173.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

21 Décembre 1943.

Rapport sur les toxiques industriels destinés à l'agriculture. — M. **Fabre**, rapporteur, demande à l'Académie d'émettre un vœu tendant à : 1° rendre plus efficace l'application du décret du 14 Septembre 1919 ; 2° soumettre au contrôle de l'inspection pharmaceutique la fabrication des insecticides toxiques ; 3° réserver la préparation des appâts empoisonnés sous une forme destinée au public aux titulaires du diplôme de pharmacien ; 4° interdire la vente des antiparasitaires toxiques à ceux qui font le commerce des produits alimentaires et l'autoriser seulement aux pharmaciens ou aux possesseurs d'une licence spéciale ; 5° confier la surveillance de ces mesures aux inspecteurs des pharmacies.

— Ces conclusions sont adoptées.

Les enseignements de la cuti-réaction à la tuberculine en milieu campagnard. — M. **M.-P. Durand** (Courville) montre que la cuti-réaction à la tuberculine en milieu campagnard donne des résultats assez différents de ce que l'on pense communément ; sur 300 enfants de 5 à 15 ans, l'auteur a noté 21 pour 100 de réactions positives. L'étude doit porter sur les femmes qui, ne quittant pas leur foyer rural de toute leur vie, peuvent seules être considérées comme de pures campagnardes ; sur 190 pures rurales de 30 à 60 ans, il n'a été relevé que 28 pour 100 de réactions positives ; les 2/3 restent donc indemnes jusqu'à un âge avancé. Une cuti-réaction positive chez une pure campagnarde nécessite les mêmes recherches du foyer contaminateur que chez les jeunes enfants ; les immeubles relais où les négatifs se contaminent et les positifs se rechargent constituent environ 10 à 12 pour 100 des immeubles.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 pour 100 : action sur les fonctions de digestion et d'absorption des glucides. — M. **N. Fiessinger** présente une note de MM. **J. Trémolières** et **Erfman** qui ont constaté

que l'hyperglycémie provoquée par 300 g. de pain noir est presque nulle et de toute façon inférieure à celle produite par une quantité glucidiquement équivalente de pain blanc. Le phénomène n'est pas lié à un trouble de l'absorption de la muqueuse intestinale car ni le son, ni le pain noir, ni la cellulose ne sont capables de modifier l'hyperglycémie provoquée par le glucose; par contre, il est corrigé par l'adjonction de diastases amylolytiques. Les auteurs pensent donc qu'il est possible que les troubles spécifiquement intestinaux engendrés par le pain noir soient liés à une insuffisance de ferments digestifs.

Destruction radicale des poux par une poudre chlorée. — MM. **Bory** et **Glasser** montrent que l'hexachlore-cyclohexane à 3 pour 100 dans une poudre excipiente détruit les parasites et leurs lentes après une seule application à sec; d'où une rapidité de traitement particulièrement appréciable dans la prophylaxie de masse que nécessitent les infestations d'écoles, de camps et d'agglomérations; 120 enfants peuvent être radicalement épouillés en une heure, pratiquement et sans danger.

Election du bureau pour 1944. — Président : M. **Perrot** ; vice-président : M. **Brouardel** ; secrétaire général : M. **Achard** ; secrétaire annuel : M. **Pagniez** ; trésorier : M. **J. Renault**; membres du conseil : MM. **Joly** et **Delépine.**

28 Décembre.

Rapport au nom de la Commission des sérums au sujet du sérum antidiphtérique. — M. **Tréfouël**, rapporteur, dans la crainte d'un manque de sérum antidiphtérique, propose des mesures destinées à diminuer la consommation de ce sérum ; la première prescription médicale doit être au maximum de 42.000 unités; si besoin, une deuxième prescription ayant le même maximum pourra être faite, à la condition d'avertir télégraphiquement l'Ordre des médecins ; ces doses sont pratiquement toujours suffisantes; une nouvelle dose ne pourrait être obtenue qu'à titre tout à fait exceptionnel, après autorisation d'un médecin désigné dans chaque département par le ministre en accord avec le Conseil de l'Ordre.

— Ces conclusions sont adoptées.

Tuberculose primitive de la trachée et des bronches. — MM. **Ameuille, Lemoine** et **Diacoumopoulos** attirent l'attention sur une forme de tuberculose broncho-trachéale qu'ils appellent primitive, non pas parce qu'elle relève d'une primo-infection, mais parce qu'elle est indépendante de lésions tuberculeuses ,actives en amont et en aval. Il s'agit de sujets ayant de la toux, une expectoration visqueuse, parfois un peu de dyspnée avec sifflement respiratoire, une fébricule irrégulière ; l'auscultation, l'examen radiologique ne montrent pas de lésions pulmonaires significatives, mais les crachats renferment toujours des bacilles. Chez ces cracheurs sains de bacilles, on trouve dans la moitié des cas une tuberculose broncho-trachéale, sous forme d'une ulcération recouverte d'un enduit blanc adhérent ; l'ulcération a une tendance cicatricielle parfois très rapide (6 semaines), la guérison peut être parfaite ou laisser une sténose serrée. La détersion bronchique suffit généralement ; on peut lui associer des irradiations ultra-violettes par le bronchoscope; les cautérisations aggravent le risque de sténose.

Note sur les guérisons post-opératoires de l'asthme. — MM. **Fiolle** et **Luccioni** rappellent que les interventions « spécifiques » imaginées contre l'asthme, interventions nerveuses ou opérations visant à réduire la rigidité du thorax, n'ont pas le monopole des résultats heureux; les auteurs rapportent 6 observations d'asthmatiques dont les crises ont été supprimées ou très atténuées après des interventions diverses : hystérectomie pour cancer ou salpingite, intervention pour hernie simple ou étranglée, appendicectomie à chaud ; l'anesthésie générale ne joue pas le principal rôle car dans deux des observations rapportées, les résultats favorables ont été obtenus après une anesthésie locale; le mécanisme de ces sédations reste mystérieux.

Etude d'un champignon pathogène nouveau. — MM. **A.** et **R. Sartory** ont isolé de lésions verruqueuses avec petits abcès de la région nasale, chez une femme de 27 ans, un champignon non décrit du genre *Glenospora* dont ils donnent les caractères de culture; ce champignon s'est montré pathogène pour le cobaye; la guérison a été obtenue par l'application d'une pommade iodée et la prise de 4 g. d'iodure de potassium par jour.

11 Janvier 1944.

Allocutions de MM. **Balthazard,** président sortant, et **Perrot,** président pour 1944.

Notice nécrologique sur M. Nobécourt. — M. **Lesné.**

Bubon inguinal tuberculeux d'origine vénérienne. — M. **Sézary** rapporte un cas curieux de tuberculose à porte d'entrée génitale chez une femme, dont la seule manifestation était un bubon inguinal bilatéral ulcéré et caséifié : la ressemblance avec la maladie de Nicolas-Favre était frappante mais la réaction de Frey était négative et la biopsie a montré des lésions folliculaires typiques; la cause de cette primo-infection bacillaire est à rechercher dans une épididymite torpide du mari dont le sperme a tuberculisé le cobaye. Cette observation confirme que l'infection tuberculeuse peut être réalisée à travers une peau saine, sans laisser de trace de son passage.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

15 Décembre 1943.

Gastrectomies pour exclusion. — M. **Ameline** a fait cinq fois cette opération pendant le temps où il pratiquait 80 gastrectomies. C'est dire la rareté des indications de l'exclusion qui doit être faite de propos délibéré et avant toute manœuvre de décollement péritonéal.

— M. **Welti** recommande une technique de décollement snus-muqueux à l'intérieur du tube duodénal qui restreint les indications de la résection pour exclusion.

— M. **Charrier** dit également la rareté des indications de l'opération. Elle doit être faite de propos délibéré. Il est nécessaire de pratiquer une très large résection gastrique et d'enlever autant que possible le pylore. Dans la pathogénie de l'ulcus peptique, l'exclusion joue un rôle important. Dans ces cas il faut enlever en plus de l'ulcus peptique, le bloc pyloroduodénal restant.

Psoïtis à pneumocoques survenue 16 ans après une pleurésie purulente. — M. **Mathieu** rapporte cette curieuse observation de P. Lance. Il est exceptionnel de voir une atteinte du psoas se manifester sous la forme chronique si longtemps après l'épisode initial. La voie d'infection du muscle prête à discussion.

Péritonite chyleuse. — M. **Bard,** chez un sujet présentant les signes d'une affection abdominale aiguë, découvre un épanchement péritonéal chyleux. L'origine en était une déchirure mésentérique après striction sous une bride. La guérison fut obtenue après tamponnement et évacuation par rectotomie d'une collection résiduelle du Douglas.

— M. **Alain Mouchet** a vu une ascite chyleuse avec œdème de tous les mésos provenant d'une grosse adénopathie sus-pancréatique de type tumoral.

— M. **R. Bernard** a trouvé également une ascite chyleuse chez une femme âgée. Il y avait sur le péritoine des granulations mollasses qui étaient des lymphangiomes.

— M. **Quenu,** rapporteur, discute la question de savoir s'il faut drainer l'épanchement, fermer sans drainage. Le petit nombre de cas connus ne permet pas de conclusions.

Inversion des zones de distension et d'affaissement dans l'occlusion intestinale. — M. **Leriche** lit cette communication de MM. **Fiolle** et **Grisoni** (Marseille). Ces auteurs ont vu, lors d'occlusions mécaniques, les zones sus-jacentes de l'intestin contracturées alors que les sous-jacentes sont dilatées.

Coma à répétition au cours de traumatisme du crâne. — M. **Daniel Ferey** a pu observer par ventriculographie l'affaissement des ventricules chez une malade qui faisait des comas à répétition. Le regonflement des ventricules a suffi à guérir la malade. Il insiste sur la difficulté qu'ont les malades pré-comateux à tirer normalement la langue.

— M. **Leriche** propose qu'on commence par le traitement par injection intraveineuse d'eau distillée avant la ventriculographie.

A propos d'un cas d'ostéochondrite du genou. — MM. **Huc** et **Moreau** apportent l'observation d'une fillette qui fit une ostéochondrite du genou, véritable *genu planum.* Os pommelé, décalcification puis recalcification progressive coïncidant avec la reprise de la marche.

L'ostéochondrite du genou ne peut s'expliquer par un trouble vasculaire. Celui-ci est-il la cause de l'ostéochondrite de la hanche ?

— M. **A. Richard** est d'avis que l'ostéochondrite n'est pas due à un trouble de vascularisation. Se méfier des ostéochondrites qui parfois deviennent tuberculeuses. Il cite plusieurs exemples où apparurent des abcès froids.

— Pour M. **Lance** la marche est contre-indiquée dans l'ostéochondrite. Les résultats à distance sont effroyables. Le repos empêche la lésion de devenir bilatérale.

— M. **Leveuf** dit que Tavernier n'immobilise pas assez longtemps.

A propos du traitement des brûlures par les sulfamides en poudre et le sérum physiologique. — M. **Küss.**

A propos des schwannomes de l'estomac. — M. **Querneau.**

Présentation de radiographies. — M. **Merle d'Aubigné.**

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 Décembre 1943.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. Syndrome de Heerfordt. Sarcoïdes ulcérées des membres inférieurs. — MM. **P. Harvier, G. Renard, J. Antonelli, J. Vignalou** et **M. Bonduelle** relatent l'observation d'une jeune fille de 22 ans atteinte d'un syndrome de Heerfordt typique (irido-cyclite et kératite bilatérales, parotidite double, adénopathies cervicales volumineuses, non douloureuses, compliquées de paralysie faciale périphérique droite, avec cuti-réaction positive à la tuberculine) dont l'évolution se poursuit depuis 1941 et qui s'associe à des lésions cutanées des membres inférieurs, sous forme d'une infiltration diffuse rappelant l'érythrocyanose sus-malléolaire et l'érythème pernio, et dont certaines présentent spontanément, en dehors de toute thérapeutique locale agressive, une tendance ulcérative. Ces ulcérations surviennent au bout de 15 à 20 jours, durent 2 à 3 mois et se cicatrisent spontanément. La structure histologique est voisine de celle des sarcoïdes dermiques de Besnier-Bœck, mais avec une vascularité importante qui a pu déterminer l'évolution ulcéreuse. Aucun bacille acido-résistant.

Maladie de Schaumann. Forme hypodermique de Darier-Roussy. Discussion nosologique. — MM. **H. Gougerot, A. Carteaud** et **B. Duperrat** rapportent 2 observations qui, d'une part, confirment la notion capitale soupçonnée par Darier et démontrée par Civatte, que la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy est la forme hypodermique de la maladie de Schaumann, et qui, d'autre part, prouvent le polymorphisme de cette affection qui se manifeste non seulement au niveau des tissus profonds, mais même dans la peau, posant de nouveau le problème des critères cliniques et histologiques de la maladie de Schaumann, qu'une schématisation simpliste a voulu rétrécir dans des formules claires, mais erronées.

La première malade associe la forme dermique (lupus pernio de Besnier-Tenneson), la forme nodulaire lupoïde de Bœck-Besnier et la forme hypodermique de Darier-Roussy, et, preuve supplémentaire, elle est un exemple rare d'auto-inoculation de nodules lupoïdes (forme de Bœck-Darier) dans les cicatrices opératoires d'ablation de sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy et d'un ganglion.

Ces lésions cutanées ont été précédées par une polyadénopathie faite de gros ganglions durs. Cuti- et intradermo-réactions à la tuberculine négatives. Pas de bacilles sur les coupes. L'étude histologique des biopsies confirme le diagnostic de maladie de Schaumann.

La seconde malade ne présente que des lésions hypodermiques sous-cutanées de Darier-Roussy, siégeant exclusivement aux membres. Cuti-réaction négative ; intradermo-réaction faiblement positive, à 1/2.000. Guérison en 3 mois des sarcoïdes avec les sels d'or. Histologiquement ces sarcoïdes sont constituées par des follicules épithélioïdes remarquablement riches en cellules géantes.

Depuis des années la question des sarcoïdes a été en se compliquant. Les auteurs proposent un perfectionnement de la nomenclature consistant à appeler l'ensemble de la maladie, maladie de Schaumann, et en donnant à chaque forme le nom des auteurs qui les ont décrites les premiers : forme de Besnier-Tenneson pour le lupus pernio, forme dermique lupoïde de Bœck-Darier, forme hypodermique de Darier-Roussy. Cette synthèse, sous le nom de maladie de Schaumann, semble d'autant plus nécessaire que les formes cliniques vont se multipliant. Dans l'incertitude étiologique actuelle, l'appellation de maladie de Schaumann est la meilleure; elle est supérieure à celle d'endothéliose ou de réticulose épithélioïde, car des observations nouvelles montrent que la formule histologique épithélioïde n'est pas constante comme tous les critères anatomiques.

Réticulo-endothéliose lupoïde sans structure épithélioïde. Discussion de la maladie de Schaumann et des réticulo-endothélioses. — MM. **H. Gougerot, Bouvier** et **B. Duperrat** ont observé chez une femme de 50 ans une lésion papuleuse du sein gauche donnant à la vitro-pression l'aspect d'un infiltrat lupique avec une adénopathie axillaire froide et cuti-réaction faiblement positive à la tuberculine. Ablation en totalité suivie de cicatrisation rapide et de disparition du ganglion. Histologiquement infiltrat inflammatoire constitué par des nappes denses de cellules du type réticulaire et des lymphocytes, sans amas épithélioïdes ni cellules géantes. Une telle structure n'évoque la morphologie de la maladie de Schaumann que par la netteté des contours des nappes d'infiltrat et l'intégrité du collagène intercalaire, mais non par la composition de l'infiltrat; elle rentre dans le groupe des réticulo-endothélioses.

Cette observation apporte un fait nouveau : l'aspect lupoïde d'une réticulo-endothéliose en dehors des formes typiques de la maladie de Schaumann. Du point de vue clinique, elle complique le diagnostic des lésions lupoïdes. Du point de vue histologique, elle prouve que des lésions microscopiques de réticulo-endothéliose non épithélioïdes peuvent donner une lésion macroscopique lupoïde et surtout posent à nouveau le problème des critères cytologiques de la maladie de Schaumann. On ne doit pas restreindre dans le schéma clair, mais faux, d'une formule épithélioïde spéciale le critère de la maladie de Schaumann, ni remplacer le nom de maladie de Schaumann par l'étiquette de réticulo-endothéliose épithélioïde, puisque la structure épithélioïde n'est pas caractéristique de la maladie de Schaumann.

Cette observation doit ou faire admettre des formes atypiques histologiquement de maladie de Schaumann, par conséquent faire reviser les critères microscopiques de cette maladie, si l'on admet que ce cas est une maladie de Schaumann atypique, ou faire admettre que des réticulo-endothélioses distinctes étiologiquement et nosologiquement de la maladie de Schaumann peuvent être lupoïdes et être distinctes de la forme lupoïde de la maladie de Schaumann.

— M. **Sézary** estime qu'au fur et à mesure que s'accumulent les observations publiées sous le nom de maladie de

Besnier-Bœck-Schaumann, le tableau de cette affection semble s'écarter du type classiquement connu. Du point de vue clinique, il n'y a pas d'unité dans le tableau de la maladie. Histologiquement, un critère existe : la présence d'amas de cellules épithélioïdes, indispensable pour pouvoir affirmer le diagnostic. Dans le type classique ces cellules forment dans un derme absolument normal des coulées ou des îlots à bord nettement arrêtés; elles sont assez souvent mêlées à des cellules géantes et habituellement entourées d'une couronne discrète de lymphocytes. Mais parfois les cellules épithélioïdes sont rares, les cellules géantes abondantes ainsi que les lymphocytes, l'ordination des cellules peut être atypique, les limites peu nettes, le collagène altéré. On peut se demander s'il n'est pas excessif de donner à tous ces cas le nom de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et s'il n'est pas préférable, pour tenir compte de ce polymorphisme clinique et histologique, de distinguer dans le vaste ensemble des réticuloses un groupe, celui des réticuloses épithélioïdes, dont l'unité résiderait dans la seule présence de cellules épithélioïdes, dont la seule raison d'être serait dans notre ignorance absolue de leur étiologie, et dont la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann serait le type le plus pur.

10 Décembre.

A propos d'un cas de schwannome gastrique. — **MM. P. Hillemand, Bergeret, Porcher** et **Bureau** insistent sur certains caractères propres à cette variété de tumeur, caractères qui doivent permettre d'en faire dans certains cas le diagnostic clinique.

Ces tumeurs présentent assez souvent à leur surface des pertuis, des ulcérations, qui répondent à une nécrose. Quand ces ulcérations ou ces orifices existent, ils sont visibles et sur les clichés et à la gastroscopie.

Quand l'examen radiologique montre au niveau d'une tumeur supposée bénigne une image ulcéreuse ou quand l'examen radiologique montre une tumeur supposée bénigne alors que la gastroscopie révèle un orifice diverticulaire, on peut affirmer le diagnostic de schwannome.

Intoxication familiale collective à forme polynévritique par ingestion d'une huile contenant du tri-orthocrésyl-phosphate. Caractères topographiques et cliniques de cette variété de polynévrite. — **MM. Th. Alajouanine, G. Boudin, Ch. Coury** et **Cl. Villey** présentent 3 malades, le père et ses 2 filles, qui sont atteints d'une paralysie des sciatiques poplités externe et interne, totale chez les deux filles, incomplète chez le père, avec abolition des réflexes achilléens, absence de troubles sensitifs objectifs, mais avec douleurs musculaires spontanées et provoquées.

Ces paralysies se sont développées rapidement, sans fièvre, avec un subictère chez une fille, un épisode diarrhéique chez le père, faisant suspecter une intoxication alimentaire, d'autant plus que la mère, absente alors, est restée seule indemne de la famille. Les recherches portant sur leur alimentation ont permis de démontrer qu'une huile, ingérée à plusieurs reprises en salade, contenait du tri-orthocrésyl-phosphate.

Les auteurs insistent sur les caractères topographiques, cliniques et évolutifs de ce type de polynévrite dû à cette substance qui est également en cause dans les polynévrites par créosote, dans les polynévrites de la « ginger beer » des Etats-Unis, dans les polynévrites de l'apiol, et dont les méfaits, lors de son association à certaines huiles, déjà connus, méritent actuellement d'être soulignés.

Hypertension artérielle maligne et œdème méningo-encéphalique. Amélioration remarquable des troubles oculaires par la trépanation décompressive. — **MM. L. de Gennes, D. Mahoudeau** et **P. Desvignes** relatent l'observation d'une hypertension maligne à forme pseudo-tumorale, avec baisse rapide et marquée de l'acuité visuelle et lésions du fond d'œil évoquant en tous points la stase papillaire. Une trépanation décompressive sous-temporale droite fit disparaître la céphalée, mais n'eut aucune action sur la tension artérielle. Par contre, la vue fut très améliorée et l'aspect du fond d'œil, revu 9 mois après, était transformé : tout œdème de la papille avait disparu, les veines avaient repris un calibre normal. La trépanation a permis de constater *de visu* l'œdème méningo-encéphalique, conséquence de l'hypertension artérielle. Dans la pathogénie des rétinopathies hypertensives, il semble donc qu'on doive faire jouer un rôle non négligeable à la stase papillaire due à l'hypertension intracranienne, à côté des facteurs vasomoteur et artéritique local. Cette notion amène les auteurs à discuter l'opportunité d'une trépanation décompressive dans certains cas de rétinopathie paraissant conduire le malade à la cécité.

Leptospirose grippo-typhosique. — **M. J. Célice, Mlle Rogier** et **M. Chadoutaud** ont observé chez un jeune homme, à la suite de bains dans l'Yvette, à Gif, une leptospirose grippo-typhosique qui s'est traduite par 3 épisodes méningés successifs, dont l'intensité a été en décroissant, le second survenu 6 semaines après le premier, et le troisième une semaine plus tard. Le liquide céphalo-rachidien, hypertendu, ne présentait pas de réaction albumino-cytologique.

Le problème du diagnostic a été rendu délicat au début du fait de la notion d'épidémicité de poliomyélite. Il se peut que bien des formes dites épidémiques de la poliomyélite ne soient que des formes de leptospirose grippo-typhosique non identifiées.

Intoxication par le diméthylsulfate et dilatations bronchiques. — **MM. J. Célice, Pélicier** et **Chadoutaud.** Les intoxications par le diméthylsulfate, diméthylester de l'acide sulfurique très employé dans l'industrie chimique pour les méthylations, donnent des symptômes immédiats très graves, résultant des brûlures des muqueuses étendues jusqu'aux dernières ramifications bronchiques et des lésions des centres nerveux, mais leurs séquelles ne sont pas moins redoutables, comme en témoignent les deux observations rapportées, où, à la suite de l'inhalation accidentelle de ce toxique, après des manifestations initiales à type bronchitique chez l'un, à type broncho-pulmonaire chez l'autre, apparurent au bout de quelques mois des dilatations bronchiques importantes entraînant une méiopragie pulmonaire manifeste.

17 Décembre.

Séance annuelle. — **M. Julien Huber** lit les notices nécrologiques des membres décédés au cours de l'année : MM. Milhit, Sergent, Gandy et Nobécourt.

Election du bureau. — **M. Lemierre** est élu président; **M. Clovis Vincent,** vice-président; **M. Huber,** secrétaire général; **M. Mauric,** trésorier et **MM. Fouquet** et **Brouet,** secrétaires annuels.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 Novembre 1943 (*suite et fin*).

Sur la polyvalence hormonale de la prégnéninolone. — **MM. R. Courrier, A. Gast** et **Pou-meau-Delille.** Cette substance est un stéroïde de synthèse qui possède les trois fonctions : œstrogène, progestative et androgène. Les auteurs étudient les relations fonctionnelles qui existent entre ces trois propriétés. La propriété œstrogène, bien que réelle, ne paraît pas dominante. Injectée à la lapine gestante, la substance masculinise le soma des fœtus femelles.

Action masculinisante de la prégnéninolone dans la différenciation du sexe de « Rana temporaria ». — **M. A. Gast.** Dissoute dans l'eau de l'aquarium où sont élevés des têtards, la prégnéninolone masculinise les glandes génitales.

11 Décembre.

La cholestérolémie gravidique, puerpérale et fœtale dans la période actuelle de restrictions alimentaires. — **MM. M. Sureau** et **A. Soulairac** rapportent les modifications qu'ils ont observées au cours de la période actuelle, dans les divers taux de cholestérol sanguin, chez les femmes enceintes normales.

Ils constatent un pourcentage élevé (66 pour 100) de taux anormalement bas.

Le post-partum s'accompagne d'une augmentation marquée de la cholestérolémie qui demeure encore cependant inférieure aux taux classiquement normaux.

Cette hypocholestérolémie relative n'influe pas sur le taux moyen de la lipidémie totale.

Les recherches sur le taux de cholestérol du sang ombilical ont fourni le chiffre moyen de 0 g. 94 pour 1.000 et montrent que ce taux de cholestérol est indépendant du taux maternel.

Les auteurs estiment que cette hypocholestérolémie maternelle résulte vraisemblablement d'une déficience alimentaire en substances cholestérinogènes et leurs recherches semblent indiquer d'autre part que dans les rapports mère-fœtus, c'est le fœtus lui-même qui règle le taux de sa cholestérolémie selon ses propres besoins.

Sur le mécanisme de l'action inhibitrice des antigènes à l'égard de la diapédèse. — **M. A. Delaunay.** Un antigène glucido-lipidique n'empêche pas *in vivo* l'afflux des leucocytes dans les foyers infectieux par une action directe sur les cellules; toutes nos expériences *in vitro* indiquent qu'il n'est pas une leucocidine. Il exerce cette action selon toute vraisemblance parce qu'il dresse un obstacle devant la marche des globules blancs, en modifiant les parois endothéliales des vaisseaux.

Sur le mécanisme de l'ulcère gastrique expérimental produit par le cinchophène. Elévation de l'histamine sanguine. — **MM. J.-L. Parrot, Ch. Debray** et **G. Richet,** poursuivant leurs recherches sur la physiopathologie des ulcères gastriques, étudient l'ulcère expérimental provoqué chez le chien par ingestion de cinchophène. Des gastroscopies et des dosages d'histamine, régulièrement pratiqués, révèlent que les premières lésions gastriques apparaissent au moment où l'histamine augmente dans le sang ; or ce sont précisément des lésions du même type que les lésions histaminiques ; il s'agit, en effet, de petites taches hémorragiques disséminées sur la muqueuse. Ces faits confirment le rôle que l'histamine joue dans la physiopathologie des ulcères.

Les effets opposés de l'histamine et d'un antihistaminique de synthèse (2339 R P) sur l'excitabilité nerveuse. — **Mme B. Chauchard** et **M. P. Chauchard** montrent par la méthode chronaximétrique que l'histamine déprime les centres nerveux tandis que l'antihistaminique de synthèse les excite, soit un antagonisme analogue à celui des barbituriques et de la strychnine. En application sur les fibres sympathiques, histamine et 2339 RP bloquent également la conduction, mais suivant deux mécanismes opposés : la première en augmentant la chronaxie comme la nicotine, le second en la diminuant comme la strychnine, quand les fibres sont préganglionnaires; sur les post-ganglionnaires, des actions analogues existent mais inversées : l'histamine diminue et le 2339 augmente les chronaxies. Ces effets nerveux doivent intervenir dans le déterminisme des réactions générales provoquées par ces deux corps, à côté des actions de siège plus périphérique.

Recherches chronaximétriques sur l'utérus de cobaye « in situ ». Actions hormonales. — **Mme B. Chauchard** et **M. P. Chauchard** trouvent une chronaxie de 0,5 à 1,5/1.000 de seconde sur l'utérus non gravide; de 2 secondes au terme de la grossesse, de 3 secondes plusieurs mois après castration; les injections hormonales modifient d'emblée et fortement la chronaxie : baisse par la folliculine; augmentation avec la progestérone et la testostérone. La méthode peut servir de test sensible, rapide et précis pour apprécier l'état hormonal de l'utérus, tant à l'état physiologique que dans les conditions expérimentales variées; les renseignements apportés sont non seulement qualitatifs, mais quantitatifs.

Présentation d'ouvrage. — **M. Magrou** présente un livre intitulé *Des Orchidées à la Pomme de terre. Etude de symbiose végétale.*

8 Janvier 1944.

Action comparée des extraits corticaux et de la désoxycorticostérone sur l'insuffisance surrénale au cours du scorbut. — **M. A. Ratsimamanga.** Au cours du scorbut il existe une déficience surrénale. La désoxycorticostérone, comme les extraits corticaux, améliore ces états. Mais les extraits le font à un degré beaucoup plus élevé et ont seuls une action favorable sur la survie. Il est probable que c'est l'apport de l'ensemble des hormones surrénales qui en est l'explication.

Activité cortico-surrénale après thyroïdectomie. — **MM. Ph. Kfouri, H. Bulliard** et **M. Martinet.** On sait qu'en particulier la thyroïdectomie est suivie d'hypertrophie de la surrénale. Les auteurs ont constaté qu'à la suite de l'ablation de la thyroïde chez le rat il y a augmentation de l'hormone corticale au niveau du cortex.

Phénomène de Koch et acides gras. — **MM. Jean Paraf, Jean Desbordes, Buu-Hoi, R. Ratsimamanga** et **Paul Cagniant** étudient la production du phénomène de Koch par des acides gras saturés α-α-disubstitués. Ils montrent qu'il est possible de déterminer chez le cobaye un état allergique sans doute fugace et faible mais incontestable et suffisant pour modifier les conditions de la réinfection par des bacilles virulents (effet Charrin). Par contre l'injection de tels acides chez un animal déjà rendu allergique par injection préalable de bacilles virulents provoque un phénomène de Koch typique. Le phénomène de Koch peut fort bien être provoqué par les acides gras α-α-disubstitués seuls agissant à la façon d'un haptène et il est ainsi possible de déclencher un tel phénomène en injectant uniquement un produit *synthétique* qui possède les mêmes propriétés agressives que le bacille lui-même.

Inhibition par le succinate d'éthyle de l'influence aggravante des injections d'huile d'olive sur la tuberculose du cobaye. — **MM. A. Berthelot, L. Nègre** et **J. Bretey** ont constaté que chez les cobayes traités deux fois par semaine par injection sous-cutanée de 0 cm³ 5 de succinate d'éthyle et de 0 cm³ 5 d'huile d'olive, il y a en général non seulement inhibition du pouvoir activant de l'huile sur le processus tuberculeux, mais même, chez quelques animaux, une diminution dans le nombre et l'importance des lésions par rapport à celle des animaux témoins. L'influence activante sur le processus tuberculeux de la glycérine, du glucose et des lipides bacillaires n'est pas inhibée par le succinate d'éthyle comme dans le cas de l'huile d'olive. Le succinate d'éthyle injecté seul ne retarde pas l'évolution des lésions tuberculeuses du cobaye.

Nouvelles constatations concernant le principe staphylolytique sécrété par le « Penicillium corylophylum Dx » (Corylophyline). — **MM. C. Levaditi, H. Pénau, R. Pérault, M. L. Erichsen** et **D. Benoist.**

Cycle évolutif du virus lymphogranulomateux. — **M. C. Levaditi.**

Localisation des corps de Myagawa dans l'encéphale des souris atteintes de névraxite lymphogranulomateuse. — **M. C. Levaditi.**

Démonstration expérimentale de l'action dégradatrice exercée par les ferments anaphylactiques, en présence de l'alexine, sur la protéine sensibilisante. — **M. F. Maignon.**

Election. — **M. Gautheret** est élu membre titulaire.

A. Escalier.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

2 Décembre 1943.

Antagonisme du colibacille et des bactéries putrides dans le lait contaminé. — MM. **A. Rochaix** et **F. Simon** ont effectué 157 analyses d'échantillons de lait contaminé. Dans 37 cas les colibacilles n'existaient pas alors que les colonies de bactéries putrides se trouvaient en grand nombre; dans 15 cas, c'était le contraire qui se produisait; enfin dans une troisième catégorie de cas, sans que l'un ou l'autre des microbes ait complètement disparu, l'un dominait l'autre avec un écart considérable.

Septicémies, hémocultures et formes évolutives des bactéries. — M. **R. Nativelle.** L'étude systématique de nombreuses hémocultures pratiquées au cours d'états septicémiques très divers révèle la présence d'éléments que l'auteur considère comme représentant des stades d'un cycle évolutif complexe et prolongé parcouru par les bactéries.

Action du para-aminophénylsulfamide (1162 F) sur les cultures d'amibes (note préliminaire). — M. **L. Lamy.** L'addition de 1162 F à la concentration de 1 pour 100 au milieu de culture d'*Entamœba dysenteriae* et *E. invadens* arrête la multiplication de la flore bactérienne associée, ce qui a pour résultat de prolonger pendant très longtemps non pas la survie des amibes, mais leur développement.

Relations entre la dénaturation et le pouvoir précipitant du sérum antidiphtérique. — MM. **J. Loiseleur, F. Nitti** et Mlle **M. Faure.** Le sérum dénaturé électrodialysé ou par chauffage perd son pouvoir précipitant. Un sérum dénaturé par chauffage retrouve son pouvoir floculant spécifique par la présence de sulfate de sodium (ou d'ammonium) intervenant comme facteur d'instabilité.

L'ion calcium dans la physiologie du leucocyte. — M. **A. Delaunay.** A 1/10e de milligramme de Ca par centimètre cube, l'ion calcium exerce une action très nette sur le tactisme des leucocytes, qui devient plus rapide. L'absence d'ion Ca, au contraire, inhibe la motilité des leucocytes, sans les priver de leur pouvoir d'englober les corps étrangers.

Inhibition de l'adaptation enzymatique chez B. coli en présence de 2-4-dinitrophénol. — M. **J. Monod.** Le dinitrophénol, quoique n'inhibant en rien les oxydations, inhibe cependant complètement l'adaptation lorsqu'il est employé à des doses qui bloquent la croissance, résultat identique à celui obtenu par la suppression de l'aliment azoté. Il n'y a donc pas de raison de penser qu'une source de N soit indispensable à l'adaptation, indépendamment de sa nécessité pour les synthèses.

Sur la nature du phénomène de diauxie. — M. **J. Monod.** La diauxie postule l'existence d'un précurseur (préenzyme) qui se transformerait en enzyme adapté sous l'influence directe du substrat et par suite de sa combinaison avec lui.

Etudes sur le pouvoir antisulfamide. IX. Essais de fractionnement des peptones. Multiplicité des facteurs antisulfamides. — MM. **J. Tabone, F. Nitti** et **H. Mousset.** Le pouvoir antisulfamide des peptones s'accumule dans les fractions les plus riches en substances les plus dégradées : acides aminés, etc. Il est le résultat de différents facteurs : facteurs exaltants et substances antisulfamides proprement dites.

Comportement des acides aminés vis-à-vis du p-aminophénylsulfamide. Leur rôle probable dans le mécanisme de l'action antisulfamide. — MM. **F. Nitti, J. Tabone** et **H. Mousset.** Certains acides aminés sont doués d'une activité antisulfamide légère : *d*-arginine, *l*-histidine, *d*-lysine, *d,l*-méthionine, acides glutamique et aspartique. Chez d'autres, cette activité est strictement nulle : phénylalanine, thréonine, cystine, tyrosine, tryptophane. D'autres enfin ont une action légèrement bactériostatique : glycocolle, alanine, valine.

Recherches sur l'activité antistaphylococcique et le mode d'action de la pénicilline. — MM. **F. Nitti, J. Fossaert** et **M. Faguet** montrent la haute valeur antimicrobienne de la pénicilline. Les études sur le mode d'action de cette substance mettent en évidence des caractères très particuliers qui différencient la pénicilline des antimicrobiens connus, et notamment des sulfamidés.

Activité antitoxique apparente, titres anti-zêta, anti-alpha et pouvoir anti-infectieux des sérums anti-« perfringens ». — Mlles **Guillaumie, A. Kreguer** et **M. Fabre** ont comparé le pouvoir anti-infectieux de 10 sérums anti*perfringens* différant par leur teneur en antitoxine zêta et alpha. Les sérums qui titrent 150 unités antizêta et 2.100 unités anti-alpha inhibent à la dose de 1/2.000e *cm* 3 doses mortelles de culture perfringens.

Le comportement des émulsions de bacilles pesteux en eau salée physiologique. — M. **G. Girard.** En eau physiologique à basse température (2° à 4°), les bacilles pesteux se conservent vivants et virulents pendant près de 2 ans.

Recherches immunochimiques sur le vibrion cholérique. III. Mise en évidence de deux constituants toxiques de nature différente dans la toxine cholérique. — MM. **P. Grabar** et **J. Gallut.** Par ultrafiltrations fractionnées, la toxine cholérique a été séparée en deux constituants toxiques : l'un, l'antigène glucido-lipidique, possède de très grosses molécules; il est de nature glucido-lipidique; il est neutralisé par les immunsérums et a une action congestionnante; l'autre possède une petite molécule; c'est probablement un protide; les sérums habituels ne le neutralisent pas et il a un effet hypothermisant.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

25 Novembre 1943.

Hémodiagnostic de la syphilis. — M. **Demanche** décrit sous ce nom les techniques nouvelles qui permettent de faire le diagnostic biologique de la syphilis avec une simple goutte de sang prélevée par piqûre du doigt ou du lobule de l'oreille, en évitant la ponction veineuse, et il montre l'intérêt qu'elles présentent pour la médecine collective.

C'est aux méthodes de floculation qu'on eut d'abord recours. La réaction de Ide au sang frais total, séduisante par sa simplicité et sa rapidité, est dangereuse à cause des erreurs de lecture auxquelles expose la présence des globules sanguins. Il est préférable d'employer le sang desséché. La réaction de Chekiak utilise seulement le sérum séché sur lame de verre, après séparation du petit caillot formé dans la goutte de sang. Ko Da Guo recueille le sang avec une rondelle de papier filtre; après coagulation et dessiccation, il en dissout dans l'eau salée les principes actifs sur lesquels il exécute la réaction à l'abri des globules rouges.

A la floculation, Demanche a pu ajouter la fixation du complément en utilisant le mode de prélèvement sur papier. Il a complété ainsi le faisceau des méthodes d'hémo-diagnostic qui peuvent désormais être mises en parallèle avec celles du sérodiagnostic.

Elles ne possèdent sans doute ni la même sensibilité, ni la même précision que ces dernières et elles ne sauraient les remplacer pour la médecine individuelle, sauf dans les cas où la ponction veineuse est impossible.

C'est en médecine collective qu'elles montrent leurs avantages : simplicité, rapidité et aussi discrétion du prélèvement, facilité des expéditions par la poste, longue conservation des propriétés spécifiques du sang desséché. Elles permettent ainsi de faire rapidement un triage préliminaire dans les collectivités les plus nombreuses et dans tous les milieux.

Il ne faudrait pas pour cela les prendre pour des méthodes de vulgarisation. Elles exigent les mêmes précautions et la même expérience que les réactions au sérum.

— M. **Laudat** se demande si, partant du sang desséché, les protéines peuvent bien se redissoudre en totalité.

— M. **Polonovski** fait remarquer que dans les microméthodes de Bang on utilise aussi le papier comme support des protéines pour leur microdosage.

Activité phosphatasique comparée du sérum et de l'urine. — MM. **Courtois** et **Plumet** présentent un travail concernant la détermination de la phosphatase urinaire et sanguine. L'urine contient une phosphatase indépendante de la phosphatase sanguine; elle augmente dans les ictères et les cancers osseux avec métastase.

— M. **Justin-Besançon** demande si dans la maladie de Paget la phosphatase urinaire est également augmentée.

— M. **Courtois** a examiné quelques cas de maladie de Paget avec fortes phosphatasémies sans phosphatasurie.

Incidence du rationnement alimentaire sur les hémogrammes. — M. **Favre** (Montpellier) présente une note statistique de laquelle il ressort qu'au Languedoc la sévérité des restrictions alimentaires semble avoir augmenté le nombre des anémies légères, avec peu de modifications de la formule leucocytaire.

— M. **Justin-Besançon** fait remarquer que la présence d'œdème chez les carencés introduit une cause d'erreur dans l'évaluation du nombre des globules et qu'il faut tenir compte de ce fait dans l'interprétation.

Durupt.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

11 Novembre 1943.

Eczéma solaire. — MM. **Gougerot** et **Grazianski** présentent un homme atteint d'eczéma des parties découvertes apparaissant dès les premiers rayons solaires ; puis le malade s'immunise et l'insolation ultérieure ne produit plus d'eczéma. Mais cet eczéma diffuse ultérieurement sur les parties non découvertes; un facteur histaminique est peut-être à l'origine de cette diffusion.

Maladie de Schaumann. — MM. **Gougerot** et **Carteaud** présentent une femme atteinte de maladie de Schaumann ; au niveau de deux éléments biopsiés, des nodules lupoïdes ont été auto-inoculés dans la cicatrice opératoire.

Granulome annulaire. — MM. **Gougerot, Carteaud** et **Duperrat** présentent une femme atteinte de nodules non annulaires de granulome ressemblant à des tuberculides papulo-nécrotiques; mais l'histologie est en faveur du granulome.

Acné conglobata. — MM. **Gougerot** et **Courjaret** rapportent dans un cas d'*acné conglobata* l'heureuse action du 914.

— M. **Milian** confirme que le 914 est un excellent médicament antistaphylococcique.

Pemphigus. — MM. **Gougerot, Brault, Courjaret** et **Piguet** relatent de nouveaux exemples de pemphigus dont les éléments bulleux guérissent par le moranyl, mais chez lesquels l'état général continue à s'aggraver jusqu'à la mort; il y a une véritable dissociation entre le pemphigus cutané qui guérit et les symptômes généraux qui s'aggravent.

Maladie de Rothmund chez deux frères. — MM. **Weissenbach, Martineau** et **Giraud** présentent 2 frères atteints de maladie de Rothmund, ainsi que d'autres membres de la famille; on note une sclérodermie localisée aux deux pieds, des callosités douloureuses avec rétraction tendineuse, une ulcération torpide, une atrophie musculaire, une calcification du tendon d'Achille, une cataracte endocrinienne juvénile, une canitie apparue à l'âge de 22 ans, des troubles endocriniens, un métabolisme basal diminué de 6 pour 100.

Pemphigus chronique. — MM. **Weissenbach, Martineau** et **Giraud** présentent une femme de 50 ans qui fut atteinte de lésions aiguës avec fièvre, frissons, de bulles à tendance extensive, d'abord bucco-pharyngées, puis généralisées; ces lésions, au lieu d'évoluer vers la mort, passèrent à l'état chronique et s'accompagnèrent de néphrite chronique avec albuminurie, azotémie et œdèmes.

Intoxication arsenicale par l'arsénobenzène. — MM. **Flandin, Richon** et **Chapuis** rapportent l'observation d'un syphilitique de 20 ans, pesant 55 kg., qui reçut 8 g. 70 d'arsénobenzène en 34 jours (1 g. 05 tous les 3 ou 4 jours); ce malade présenta un ictère, une érythrodermie vésiculo-œdémateuse, une fièvre à 40°, des urines rares, albumineuses, des pigments biliaires dans le sang et une polynévrite des quatre membres avec paralysie.

Injections intrafémorales de novocaïne dans un œdème trophique. — MM. **Degos** et **Choubrac** présentent une femme atteinte d'œdème trophique, prééléphantiasique, des membres inférieurs; ils obtinrent une amélioration considérable des troubles fonctionnels et une diminution notable de l'œdème après 17 injections intrafémorales de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100.

Dans les *ulcères de jambe*, les auteurs obtinrent également de bons résultats et une cicatrisation accélérée par des injections sous-lésionnelles et intrafémorales de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100, bihebdomadaire.

Mélanose de Riehl et vitiligo. — M. **Degos** présente une femme atteinte à la face de pigmentation et de vitiligo, la coexistence et la correspondance topographique des deux dyschromies font penser à un facteur étiologique et pathogénique commun, peut-être le sympathique joue-t-il un rôle.

— M. **Jausion** suggère que les deux étiologies (huiles de graissage et troubles endocrino-sympathiques) invoquées pour la mélanose de Riehl pourraient en fait se rejoindre. Dans l'ordre endogène diététoxique, le pain de guerre, trop riche en son, ferait l'objet d'une cellulolyse microbienne excessive, génératrice de pigments, dont l'action photodynamique et mélanogénétique serait compatable à celle des goudrons exogènes, et des photocatalyseurs, qu'ils seraient susceptibles de libérer. Les poisons vaso-constricteurs du pain agiraient en outre sur les perturbés endocrino-végétatifs, prompts à la sympathicotonie et à l'ataxie pigmentaire. Des vérifications expérimentales sont en cours.

Etude d'un phagédénisme gangréneux. — MM. **Jausion, Cailliau, Calop** et **Carlier** ont particulièrement étudié le cas, cliniquement impressionnant, d'un phagédénisme tertiaire, superficiel, mais gangréneux, dont le tréponème était presque exclusivement responsable. En effet, staphylocoque doré et *Corynebacterium ulcerogenes* qui l'escortaient seuls dans les lésions n'ont témoigné que d'un faible pouvoir pathogène vis-à-vis du lapin, en ne déterminant qu'un granulome banal, au point d'inoculation.

A propos d'un cas de rouget du porc. — MM. **Jausion** et **Calop** rapportent que, chez une malade inoculée, au pouce, par un fragment d'os de lièvre, s'est développé un érysipéloïde dont l'évolution sérieuse, par poussées successives, a été modulée par les fluctuations d'une cure au stovarsol. L'arrêt de cette « actinomycose de Thuillier » n'a été obtenu que par 2 injections de vaccin polymycosique, conjuguées avec l'ingestion du sel arsenical pentavalent.

Argyrie conjonctivale. — M. **Karatchentzeff** présente une femme atteinte d'une coloration gris bleuté de

la conjonctive d'un œil, consécutive à des instillations répétées d'argyrol.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse. — M. Milian insiste à nouveau sur l'origine infectieuse, streptococcique, de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, dite arsenicale.

— M. Karatchentzeff a observé une malade atteinte de panaris et lymphangite, traitée par les sulfamides, sans arsenic ; 9 mois après la guérison, une intradermo-réaction au novar fut trouvée positive et détermina une érythrodermie vésiculo-œdémateuse prurigineuse, grande comme une paume de main. L'intradermo-réaction au vaccin streptococcique fut très positive.

Concrétions calcaires. — M. Weissenbach a constaté des concrétions calcaires chez une femme de 50 ans atteinte de syndrome de Raynaud, séquelle d'une névraxite aiguë, sans association de troubles endocriniens.

Un cas de mort après ingestion de sulfamides. — MM. Périn, Lafontaine et Payenneville ont observé une syphilitique récente qui, pour une gonococcie, reçoit 9 g. de lysothiazol (1 g. toutes les heures dans un verre d'eau) de 9 h. du matin à 18 h.; à 20 h. la malade est prise de céphalée, d'agitation, de convulsions et meurt à 3 h. du matin.

Epithélioma spino-cellulaire du front sur cicatrice de brûlure datant de 61 ans. — MM. Touraine et Baillet présentent une femme de 63 ans chez laquelle évolue depuis 2 ans, à la suite d'un traumatisme local minime, un vaste épithélioma végétant spino-cellulaire développé sur la cicatrice déprimée et adhérente au frontal d'une brûlure étendue survenue à l'âge de 9 mois. La très longue « incubation » de ce cancer atteint presque le maximum observé et qui est de 64 ans.

Aphtoses cutanéo-muqueuses (deux cas, dont un avec iritis). — MM. Touraine et François ont vu se renouveler des poussées d'aphtes à la fois génitaux et buccaux chez deux hommes, l'un de 22 ans, syphilitique (avec nombreux éléments cutanés putéiformes sur les avant-bras), l'autre de 29 ans (avec iritis passagère bénigne lors d'une poussée, réalisant le *syndrome dit de Behut*). Pas de *Bacillus crassus* dans les ulcérations.

« Pili planati ». — MM. Touraine et François ont étudié, chez une femme de 58 ans, une curieuse et inédite malformation des cheveux dans les régions occipitale et frontale, par laquelle les cheveux sont aplatis sur des segments de 2 à 10 mm., sans autre altération du poil, ni du follicule, ni du cuir chevelu. De ce fait les cheveux intéressés prennent un aspect moiré, variable selon l'incidence de la lumière. Cet état est bien distinct des *Pili torti*.

Erythrodermie arsenicale. Echec du traitement et anémie grave par sulfamidothérapie. — MM. Touraine et Hadengue rapportent l'observation d'une femme de 27 ans qui a été soignée, sans résultat, pour une érythrodermie vésiculo-œdémateuse par des doses massives de sulfamides (155 g. de 2090 RP en 27 jours, puis 18 g. de 693 injectable en 7 jours). Par contre, une anémie grave s'est installée, de type orthoplastique. La teneur du sang en sulfamide était encore de 1 mg. 2 pour 100 17 jours après la dernière absorption.

« Acanthosis nigricans » avec obésité. — M. Touraine présente un exemple de ce complexe héréditaire, peu connu malgré sa relative fréquence. Le malade, âgé de 43 ans, a un *Acanthosis nigricans* de la région ano-génitale depuis l'âge de 29 ans, a pesé 122 kilos et ne présente aucun signe de cancer. Pas d'autres malformations que de nombreux *Mollusca pendula* sur le cou et des nævi cellulaires de la face. Par contre, on retrouve dans sa famille plusieurs des anomalies dont l'association avec l'acanthosis mérite d'être signalée : épithélioma de l'utérus chez la mère, diabète chez deux frères, obésité chez deux sœurs. 4 morts dans les premiers jours de la vie font penser à la possibilité d'un facteur létal.

Les allodromes en dermatologie. — M. Touraine montre que la notion de *polyphinie*, connue en génétique, a ses applications en pathologie humaine et, en particulier, en dermatologie. Il en rapporte des exemples (allergie, dyslipoïdoses et, notamment, hypercholestérose, psoriasis et diabète ou rhumatisme chronique, etc.). Les diverses manifestations phénotypiques ou *équivalents*, dont la variété résulte de l'action du milieu extérieur, traduisent un même état génotypique hérité en dominance ou en récessivité qui répond à la conception des diathèses ou des états constitutionnels.

Pemphigoïde séborrhéique. — M. Galle a observé un homme de 56 ans qui présente le tableau de cette dermatose décrite par MM. Touraine et E. Lortat-Jacob (*La Presse Médicale*, 25 Février 1941, n° 18, 220).

Erythrodermie arsenicale guérie après sulfamidothérapie. — M. Galle a vu une amélioration nette se manifester après 3 jours de dagénan à la dose de 3 g. et la guérison complète se produire le 15ᵉ jour, la dose journalière ayant été réduite à 2 g.

« Lichen variegatus ». — MM. Sézary, Bolgert et Le Sourd présentent une femme de 30 ans atteinte d'une forme typique, cliniquement et histologiquement, de *lichen variegatus* (parapsoriasis lichénoïde) : placards bistres, rèches, gaufrés, parcourus de sillons atrophiques et de squames ponctuées; infiltrat histiocytaire du derme à limite inférieure rectiligne. La nature de cet infiltrat explique la transformation possible en réticulose.

Réticulose métaplasique simulant le mycosis fongoïde. — MM. Sézary, Bolgert, Le Sourd et Harmel-Tourneur présentent une femme de 53 ans atteinte de nombreuses lésions qui, d'abord érythémateuses, s'infiltrent, se transforment en tumeurs, lesquelles s'ulcèrent largement : c'est le tableau du mycosis fongoïde. Mais l'histologie montre une prolifération métaplasique histiocytaire pure et non des lésions du mycosis. Légère splénomégalie, pas de leucémie, médullogramme normal. Grande radiosensibilité.

Pigmentations du visage consécutives à des phases érosives. — MM. Sézary et Rabut ont vu, chez 3 jeunes femmes, de larges plaies érosives du visage donner lieu à des pigmentations très foncées, actuellement en voie d'amélioration. Cela traduit une aptitude à la pigmentation, comme on en voit dans la mélanose de Riehl. La lumière joue un rôle indiscutable, car les érosions masquées par les vêtements ne se sont pas pigmentées. Aucune cause interne décelable.

Forme érythrodermique de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Sézary et Bolgert donnent la suite de cette observation. La radiothérapie a donné un succès complet (vérifié par l'histologie), mais éphémère. La rechute s'est faite sous forme d'une érythrodermie du type mycosique et histologiquement par une prolifération histiocytaire à tendance épithélioïde.

Traitement de la névrite optique par le stovarsol sodique. — M. Nanta rapporte un cas de guérison, maintenue 5 ans après le traitement d'une névrite optique par le stovarsol sodique; on peut donc observer une guérison durable.

— M. Sézary estime au contraire que le stovarsol sodique est dangereux chez les malades dont les nerfs optiques sont déjà lésés; il en déconseille l'emploi dans le traitement de la névrite optique syphilitique et recommande dans ces cas l'arsenic trivalent associé au bismuth, l'un et l'autre inoffensifs et remarquablement efficaces au début de l'affection.

Traitement de la gale. — M. Joülia a traité sans récidives des milliers de galeux par le badigeonnage au pinceau avec une solution de *polysulfure de potassium* de 1/6 à 1/10, pendant 2 ou 3 jours consécutifs, précédé et suivi d'un bain et de changement de linge.

— M. Leuret et Mlle Cheyroux ont traité avec succès 75 galeux par une émulsion de *pyréthrines*, provenant de l'oléo-résine du pyrèthre en émulsion.

Neurofibromatose de Recklinghausen. — MM. Gadrat et Garrie ont observé, chez une femme de 32 ans, une neurofibromatose avec hippocratisme digital accentué et lésions osseuses multiples.

Epithéliomas momifiés de la peau. — M. Gadrat rapporte 2 cas d'épithélioma momifié, s'apparentant au groupe des épithéliomas calcifiés de Melharbe ; on note une mortification des éléments cellulaires pouvant être suivie ou non de calcification; ces cas s'observent surtout chez les jeunes (8 et 16 ans dans les cas de l'auteur).

Résultats de la sulfamidothérapie dans 12 cas de lupus érythémateux. — MM. Bertin, Huriez et Leborgne ont enregistré 2 échecs (par intolérance ou insuffisance), 7 améliorations plus ou moins complètes (36 à 200 g.) et 3 guérisons de lésions étendues, fixes, datant de plusieurs années.

Cutis hyperelastica. — MM. Carrière, Bertin et Leborgne ont observé, chez un homme de 36 ans, une hyperélasticité de la peau, très vulnérable, d'aspect ridé, flétri. Il existe aux genoux et aux coudes des pseudo-tumeurs molluscoïdes. Pas d'hyperlaxité articulaire; cette dystrophie n'a pas ici le caractère héréditaire.

Dermites causées par des plantes. — MM. Marceron et Duperrat ont observé un cas de dermite dû au *sel-céleri;* un test positif chez une bar-maid eczémateuse ranime sur les jambes de celle-ci une *maladie de la pastenade*, sorte de dermite des prés, due au panais sauvage, autre ombellifère, et fréquente dans le Quercy.

— MM. Coste, Marceron et Boyer ont observé une dermite due à l'*angélique;* des tests faits avec cette ombellifère démontrent l'existence de l'antigène surtout dans le diakène, et la non-intervention du soleil dans la production de cette sorte de dermite des prés.

— M. Marceron classe les *dermites par ombellifères*, variétés de la dermite des prés, en dermites par *vésification* (type Thapsie), par *sensibilisation simple* (type Angélique) et par *photosensibilisation* (type panais).

Eczémas dits diathésiques. — M. Juster signale que certains eczémas dits diathésiques guérissent par la thérapeutique anti-infectieuse utilisée dans les dermites microbiennes; il a obtenu de bons résultats par l'hémo-vaccinothérapie et les sulfamides à hautes doses.

Réaction de Meinicke sur sang desséché. — MM. Giacardy et Turon ont essayé sur 2.200 hommes des troupes coloniales, le Meinicke K. R. II sur sang desséché dans le but de dépister la syphilis dans les collectivités; ils ont noté une concordance absolue avec les méthodes classiques dans 89 pour 100 des cas, une discordance partielle dans 8 pour 100 et une discordance totale dans 3 pour 100.

Chancre du vagin. — MM. Zorn et Laugier ont constaté en 18 mois 12 cas de chancres du vagin chez des professionnelles; ce chancre passe facilement inaperçu à un examen rapide; il faut déplisser la muqueuse des parois et des culs-de-sac vaginaux.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

18 Novembre 1943.

L'éosinophilie sanguine et les grosses adénopathies inguinales de l'eczéma lamelleux des membres inférieurs. — MM. Paul Chevallier et G. Bilski-Pasquier, étudiant par biopsie les adénopathies de l'eczéma lamelleux, ont observé les lésions suivantes : hyperplasie lymphoïde, congestion vasculaire, présence en petit nombre de grosses cellules réticulaires et de plasmazellen, éosinophilie remarquablement discrète. Les résultats des ponctions ganglionnaires sont incertains et trompeurs.

La densité du sang. Ses variations avec l'état sexuel des gallinacés. — Mme L. Arvy montre que les densités de sang, chez le coq, la poule et le chapon, sont entre elles comme les hématocrites à partir d'une même quantité de sang centrifugé pendant le même temps.

Purpura aigu après une transfusion de sang. — MM. Paul Chevallier et Jean Bernard rapportent l'observation suivante : chez une femme de 60 ans atteinte de cancer intestinal et portant un anus iliaque apparaît, 5 jours après une transfusion, un grand purpura du type des purpuras aigus infectieux. Guérison après sulfamidothérapie. L'examen ultérieur du donneur montre : 1° la présence de méningocoques dans son pharynx; 2° l'existence chez lui d'un cancer ulcéré de la langue. Il semble bien qu'à la faveur de cette ulcération le méningocoque soit passé dans la circulation du donneur, puis ait été transmis au receveur provoquant l'éclosion du purpura aigu.

Polyglobulie type Vaquez survenue après splénectomie. Action remarquable des extraits spléniques et des extraits hépatiques. — MM. P. Abrami et Ed. Brissaud rapportent la belle observation d'une polyglobulie chronique, type Vaquez, survenue après une splénectomie. L'opothérapie splénique permit d'abord de ramener à la normale le nombre des globules rouges, puis demeura lors d'une rechute sans effet. C'est alors que fut instituée l'opothérapie hépatique qui permit à plusieurs reprises de réduire la polyglobulie. Les auteurs insistent sur cette action anémiante apparemment paradoxale et montrent les enseignements qu'en peut tirer l'hématologie générale.

Importance de la nature de la source lumineuse utilisée dans la méthode du dosage de l'hémoglobine selon Dognon. — MM. M. Guillot et H. Renault. Un phénomène de compensation fait qu'en utilisant comme source la radiation verte du mercure, on a des résultats exacts calculés en oxyhémoglobine, même avec des sangs partiellement réduits ou oxycarbonés. Au contraire, la présence de méthémoglobine conduit à une erreur par défaut. En utilisant la radiation jaune du sodium, les résultats ne sont pas faussés par la présence de méthémoglobine.

Précautions à prendre pour doser exactement l'hémoglobine par la méthode de Dognon. — MM. Paul Chevallier, A. Fiehrer et J.-C. Caine insistent sur la nécessité d'une technique rigoureuse et sur les avantages d'une centrifugation prolongée, préférable — selon eux — à la filtration préconisée par Dognon.

Comparaisons entre les dosages de l'hémoglobine au Gowers et au Dognon, filtré ou longuement centrifugé. — MM. Paul Chevallier, A. Fiehrer, J.-C. Caine et Mlle Fr. Saizou estiment qu'avec une technique rigoureuse les résultats des deux méthodes sont comparables. Ils continuent de préférer le Gowers, plus simple, au Dognon.

— M. Dognon apporte le résultat de ses expériences récentes. Il incline maintenant à admettre l'existence d'une seule hémoglobine. Il fait toutes réserves sur les résultats fournis par la méthode de Sahli.

Un cas de panmyélophtisie après urographie par injection intra-veineuse de di-iodo-méthane sulfonate de sodium. — M. J. Bousser et Mlle Huguet. Chez une femme de 54 ans, de la fièvre et des phénomènes pharyngés apparaissent 24 heures après l'injection intraveineuse de 30 cm^3 d'une solution de di-iodo-méthane sulfonate de sodium à 30 pour 100. Mort en 20 jours par anémo-aleucie hémorragique avec moelle désertique à la ponction sternale. Echec des nucléotides de pentose et de la transfusion médullaire. Cette observation constitue le premier cas de panmyélophtisie provoquée par les substances de contraste. Le rôle

du terrain apparaît très important puisqu'un frère et une cousine germaine de la malade sont morts d'hémopathies.

Etude du signe de l'inversion nucléaire de Velez. — M. **Glomes** (Bordeaux) confirme les notions apportées par Velez et souligne l'intérêt particulier chez les tuberculeux de la recherche de l'inversion nucléaire.

JEAN BERNARD.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

8 Novembre 1943.

Deux cas de gastrectomie totale. — M. **Jacques Hepp** rapporte 2 cas de gastrectomie totale faite pour un cancer sous-cardiaque et pour un néoplasme de la petite courbure. La récidive œsophagienne se fit, pour le 1er cas, 6 mois après l'intervention. Trois mois après, dans le 2e cas, survenait une métastase péritonéale. Dans l'intervalle, on avait assisté à une reprise de l'état général. Les résultats cliniques seraient meilleurs si l'on pouvait sectionner à 4 *cm.* au-dessus des lésions, mais l'auteur rejette l'intervention intra-thoracique.

— M. **Moulonguet** pense qu'il serait peut-être souhaitable de faire aussi une gastrectomie totale dans des cas moins désespérés. Il pense en faire dans un cas de polyadénomatose gastrique.

Expérience de 40 cholécystographies par le bilisélectan. — M. **Nemours-Auguste** a employé le bilisélectan dans 40 cas chez des malades atteints d'affections diverses du tube digestif.

Il a noté l'absence de toxicité, la facilité d'absorption, l'absence de toute action irritante sur le tractus gastro-intestinal, la constante dans l'opacification de la vésicule, la possibilité de remplissage de la vésicule en 4 heures (cholécystographie rapide *per os*). L'auteur en recommande l'emploi d'une façon standard dans les examens gastro-duodénaux.

Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'injection intra-péritonéale de novocaïne. — MM. **C. Auguste** et **M. Héraut** ont successivement essayé, dans les ulcères gastro-duodénaux, les injections intra-péritonéales d'huile anesthésique et de solution de novocaïne. Bien que les résultats obtenus par le premier moyen soient en général plus durables, ils ont renoncé à l'employer en raison des incidents qu'il détermine en général. Ils conseillent plutôt l'emploi de solution aqueuse étendue de novocaïne, plus concentrée, tout au plus à 5 pour 100, de ne pas dépasser la dose de 7 à 8 mg. de novocaïne par kilogramme de poids corporel.

L'injection se fait au creux épigastrique sur la ligne médiane, à mi-distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Le malade doit ensuite rester étendu pendant 1 heure ou 2. Dans la moitié des cas le malade a été presque immédiatement soulagé et l'amélioration a duré de 4 à 8 jours au bout desquels une deuxième injection a pu de nouveau soulager le malade ce qui élimine l'hypothèse d'une coïncidence heureuse. Il s'agit là d'un traitement symptomatique ne semblant avoir aucune action sur l'ulcère lui-même.

— M. **Chiray**, lors des insufflations d'air intra-péritonéales, a observé des incidents et considère comme non anodines les thérapeutiques intra-péritonéales.

— M. **Maison** a obtenu de bons résultats par les injections intra-péritonéales de novocaïne dans de nombreux syndromes douloureux abdominaux et pense que cette thérapeutique pourrait avoir de nombreuses indications.

A propos de la terminologie des signes radiologiques du cancer de l'estomac au début. — M. **Guy Albot** et Mme **Parturier-Lannegrace** à l'occasion d'une récente prise de contact avec leur maître R.-A. Gutmann, insistent tout d'abord sur l'utilité des multiples « signes radiologiques » du cancer au début; ceci, contrairement à certains auteurs qui pensent que l'on crée trop de dénominations pour désigner des aspects voisins qui pourraient tous entrer, pensent-ils, dans les 3 groupes fondamentaux : niches, infiltrations et lacunes. Les auteurs pensent avec R.-A. Gutmann que pour désigner des aspects toujours semblables à eux-mêmes dans leur groupe, pour les fixer dans la mémoire, rien ne vaut un nom qui fasse image : le nom représente, et évite de répéter, une longue description.

La clarté des observations et la possibilité d'échanges scientifiques demandent que chaque terme employé ait une signification précise et universellement adoptée; or, il n'en est pas toujours ainsi. Les auteurs, citant R.-A. Gutmann, rappellent que les significations de « cancer ulcériforme », de « ulcère transformé » et de « cancer ulcéré » sont différentes et sont trop souvent confondues sous le terme ambigu d' « ulcéro-cancer ». Ils rappellent les caractères de « la niche en plateau », peu saillante et longue, de « l'encastrement ». Ils exposent, d'après R.-A. Gutmann, les différences fondamentales qui séparent le « meniscus complex » de Carman et « le signe du ménisque » et les raisons qu'il y a pour éviter toute confusion d'appeler désormais ce dernier « signe du bourrelet ».

Mais, s'il est nécessaire de conserver à ces divers aspects une définition précise, il faut aussi que leur diagnostic soit posé correctement; dans la pratique on peut trop souvent relever des erreurs dans les comptes rendus radiologiques. Mais ces erreurs sont encore plus regrettables lorsqu'on les découvre dans des ouvrages didactiques. Aussi les auteurs croient-ils devoir signaler leur désaccord avec certaines dénominations et en particulier trois « soi-disant » niches en plateau, qu'ils relèvent dans la récente *Pratique gastro-entérologique* de M. Jean Baumel.

— M. **Moutier** est d'accord avec les auteurs pour dire que le signe du bourrelet n'implique aucune idée de bénignité.

— M. **Nemours-Auguste** dit que personne en France n'ayant examiné les malades selon la technique de Carman, il ne peut être question ici, à propos du ménisque, des faits dont parle cet auteur.

— M. **Moulonguet** demande que les spécialistes se mettent d'accord sur des schémas définitifs.

De la convergence radiologique, gastroscopique et anatomique des plis de l'estomac au cours de certains cancers de l'estomac au début. — MM. **René Ledoux-Lebard**, **Guy Albot**, Mlle **Guillemette Marquis** et M. **Charles Debray**, à propos de 3 observations, montrent que la convergence des plis de l'estomac n'est pas pathognomonique de l'ulcère bénin et se voit dans certains cancers ulcériformes ou infiltrés où elle est due à l'importance de la réaction scléreuse péritumorale.

Or, la convergence des plis vers une niche (ou même en l'absence de niche, cette convergence seule) est volontiers interprétée en pratique comme fournissant un argument en faveur de l'ulcère et contre le cancer. Il s'agit là d'une habitude plus encore que d'une conviction absolue et il est bien certain que personne ne voudrait affirmer, actuellement, que cette convergence des plis soit un signe infaillible de l'ulcère bénin. Toutefois, cette habitude engendre parfois des erreurs de diagnostic, ce qui justifie l'intérêt qu'il y a à signaler l'existence de ce signe et à insister sur ses caractères dans certains cancers gastriques au début.

Cette convergence des plis est due à l'importance de la réaction scléreuse rétractile qui se produit au sein de la paroi gastrique vis-à-vis de la cancérisation de la muqueuse. Dans la 3e observation qui concerne un épithélioma infiltrant à son extrême début, cette sclérose rétractile a même entraîné la formation d'une dépression qui, microscopiquement, simulait un ulcère; mais l'histologie montra l'absence d'ulcération et l'intégrité de la *Muscularis mucosæ*. Ce cas montre une fois de plus qu'une bonne part des signes du cancer gastrique au début sont dus, autant qu'à la tumeur, à la réaction inflammatoire que détermine celle-ci dans les tissus sous-jacents.

— M. **Hillemand** trouve difficile de dire niche maligne ou bénigne.

— M. **Basset** n'appelle pas cancer au début des cancers observés 9 mois.

— M. **Albot** dit qu'il appelle cancer du début des cancers qui, histologiquement, dépassent de peu la *Muscularis mucosæ*; c'est donc d'après l'état anatomique et non le temps de l'observation que l'on peut parler de cancer au début.

J.-M. GORSE.

SOCIETE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE PARIS

8 Novembre 1943.

Perte de substance cutanée chez le nouveau-né vivant. — M. **Delalande** rapporte l'observation d'un accouchement normal à terme par le siège chez une primipare. Au moment où le siège apparaît à la vulve on voit la peau de la fesse antérieure se détacher sur une étendue circulaire de 4 *cm.* environ. L'enfant ne présente rien d'anormal. La guérison a lieu très rapidement.

— M. **Lacomme** a observé des cas analogues.

— M. **Le Lorier** distingue deux faits différents : d'une part, la macération de l'épiderme chez l'enfant vivant et, d'autre part, la perte de substance cutanée.

Contribution à l'accouchement dirigé. Déclenchement des accouchements près du terme; obstétrique de guerre. — M. **Delalande** (Brest). Le procédé ne s'applique qu'aux multipares et aux accouchements normaux. Les conditions requises sont : être près du terme, position normale et bassin normal, dilatation permanente d'au moins 3 à 5 *cm.*, col souple, poche des eaux intacte. On injecte 4 à 8 unités de lobe postérieur d'hypophyse. Dès qu'une contraction apparaît on perce la poche des eaux. Le travail se déclenche et progresse rapidement. Dans la situation actuelle ce procédé a rendu de nombreux services à l'auteur. Il n'a pas eu d'échecs.

— M. **Le Lorier** s'élève contre l'emploi abusif de fortes doses d'hypophyse qui peuvent être la cause de ruptures utérines ou de mort des enfants.

— M. **Portes** rapporte 2 cas de rupture utérine à la suite d'injection d'extrait hypophysaire.

— M. **Lacomme** craint que la généralisation de ce procédé n'entraîne des accidents graves.

Un test biologique vaginal de la première activité hormonale folliculaire chez la fillette impubère. — M. **Chappay** (Reims) montre que le *pH* de la sécrétion vaginale varie avec la quantité d'œstrogènes circulant à un moment donné dans l'organisme et que la flore vaginale dite « pure » apparaît et persiste lorsque le taux d'œstrogènes en circulation dans l'organisme est normal ou plus élevé que le taux normal.

Réciproquement on peut déceler l'activité œstrogénique de l'ovaire, à un moment donné, par la détermination du *pH* vaginal et par l'observation de la flore saprophyte du vagin.

Un cas rare de mort du fœtus « in utero ». — MM. **Ravina**, **Jamain** et **Torre**.

P. DUHAIL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

8 Novembre 1943.

Vœu relatif à la vérification des décès par mort subite et imprévue. — M. **Dérobert**. La Société de Médecine légale a voté le vœu « que les Pouvoirs publics reprennent en considération le projet de loi tendant à rendre obligatoire la constatation médicale des décès, que le médecin de l'état civil, lorsqu'il existe, et lorsqu'il s'agit de mort subite et imprévue, soit tenu d'inscrire sur le certificat de décès la seule mention « mort imprévue paraissant naturelle », que cette déclaration entraîne obligatoirement une enquête de police et que, le cas échéant, l'autopsie soit ordonnée. »

Service social hospitalier et secret médical. — A la suite du rapport de MM. **Balthazard**, **Claude**, **Donnedieu de Vabres**, **Duvoir**, **Mathieu**, **Sauvard** et **Genil-Perrin**, rapporteur, la Société de Médecine légale a voté le vœu suivant: « La Société de Médecine légale rappelle que les assistantes sociales sont tenues à la stricte observation du secret professionnel aux termes de l'article 378 du Code pénal dans la même mesure que le médecin lui-même ».

Autopsie précoce à l'hôpital. — A la suite du rapport de MM. **Rist**, **Coste**, **Delarue**, **Duvoir**, **Piédelièvre** et **Dérobert**, rapporteur, qui se sont adjoints MM. **Giroud**, **Polonovski** et **Wilmoth**, la Société de Médecine légale a voté le vœu suivant :

1° Les familles et les organismes publics ou privés ne pourront faire opposition à l'autopsie des corps de leurs parents ou ressortissants lorsque le médecin chef de service de l'hôpital ou de l'hospice dans lequel les décédés auront été soignés, jugera que, pour l'intérêt public, l'autopsie est nécessaire et obligatoire.

2° L'autopsie des corps des sujets décédés dans tout service d'hôpital ou d'hospice pourra être pratiquée immédiatement après le décès et après que le constat de ce dernier ait été pratiqué par deux médecins de l'hôpital ou de l'hospice, ou par un médecin et un interne du service, qui devront s'entourer de tous les moyens cliniques dont ils disposent pour s'assurer de la réalité de la mort. Ils devront, au préalable, signer un procès-verbal de constat de décès.

3° L'autopsie des corps des sujets décédés dans tout service d'hôpital ou d'hospice et qui auront formulé le désir d'être incinérés est obligatoire.

4° L'autopsie pourra être pratiquée dans les mêmes conditions dans toute clinique, maison de santé et à domicile, sur l'indication écrite du médecin traitant ou à la demande écrite de la famille. Toutefois, l'autopsie ne pourra être pratiquée qu'en présence d'un médecin expert près les Tribunaux.

Sur une statistique d'avortements par sels de plomb. — MM. **Dérobert** et **Truffert** rapportent 9 cas de tentatives d'avortement par ingestion ou injection intra-utérines de sels de plomb (extrait de saturne et eau blanche), sur une série de 19 avortements mortels. Ces intoxications mortelles ont été observées depuis Janvier 1943, c'est-à-dire à une date postérieure à l'arrêté du 19 Février 1942 interdisant la délivrance sans ordonnance d'acétate de plomb ou de sous-acétate de plomb liquide, dilué ou non. La présente réglementation de la vente des sels de plomb est donc inefficace.

Dosage du sulfure de carbone dans l'atmosphère, les viscères et le sang. — M. **Vaguier**.

L. DÉROBERT.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Les injections péri-artérielles de novocaïne

T. Cureleanu et I. Florian viennent de préconiser une nouvelle méthode de traitement des ulcères variqueux. Ils rappellent, dans la *Wiener Medizinische Wochenschrift* du 13 Octobre 1942, la gêne, l'incapacité de travail, les hospitalisations prolongées que cette affection peut provoquer chez les sujets exerçant une profession pénible, enfin la difficulté habituelle de son traitement.

Ils ont cherché à éviter ces inconvénients par une nouvelle technique : celle d'injections répétées de novocaïne autour de l'artère fémorale et dans l'adventice même de cette artère.

Le mode opératoire est le suivant. Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, l'artère fémorale est repérée et autant que possible immobilisée entre les doigts de la main gauche. Après asepsie de la région, on enfonce, jusqu'au contact de la paroi artérielle, une aiguille à biseau court de 4 à 5 *cm.* de long. Une fois que cette aiguille présente des oscillations rythmées par les battements vasculaires, on injecte lentement 10 *cm*³ d'une solution à 1/200 de novocaïne. Au cours de l'injection, on s'assure, en aspirant à deux ou trois reprises, que l'aiguille n'a pas perforé la paroi artérielle, ce qui est sans danger. Il suffit, si le fait se produit, de retirer l'aiguille et de maintenir pendant quelque temps une légère compression. D'ailleurs, l'injection intra-artérielle n'aurait aucun inconvénient ; elle a été préconisée par Leriche dans le traitement des fractures et des lésions infectieuses des extrémités des membres, par d'autres auteurs dans les ulcères de jambe.

Il peut arriver aussi que l'injection soit faite trop superficiellement pour que les tissus péri-artériels soient correctement infiltrés. Elle se montre alors inefficace.

La technique est facile et le traitement a l'avantage d'être ambulatoire. Dès l'injection finie, le malade peut se lever et s'en aller. Lorsque l'infiltration est réussie on observe dans les instants qui suivent une congestion et des sueurs de la partie inférieure de la jambe et du pied. Lorsqu'il existe des douleurs, elles disparaissent temporairement.

Les injections doivent être répétées tous les trois ou quatre jours. Elles ont grand avantage à être alternées avec des séances de sclérose des veines du membre inférieur, en particulier de celles qui drainent la région de l'ulcère. Cureleanu et Florian considèrent que le contact prolongé de ce sang avec les tissus avoisinants produit un phénomène sensibilisant qui contribue à provoquer des lésions dermiques d'ordre trophique et qui prépare le terrain à l'ulcération.

Les résultats cliniques sont bons. Les auteurs ont traité environ 200 malades, dont une partie était constituée par des malades ambulatoires, l'autre par des hospitalisés. Dans presque tous les cas, il s'agissait d'ulcères anciens, très étendus, entourés de tissu calleux et particulièrement rebelles à la thérapeutique. 90 pour 100 des malades ont guéri en un temps allant de deux semaines à deux mois, sans repos au lit et sans modification du régime alimentaire. La guérison totale était obtenue en moyenne entre quarante-cinq et soixante-cinq jours. 20 pour 100 environ des malades ont subi au bout de quelques mois une récidive plus ou moins marquée, toujours due au fait qu'il s'agissait de sujets exerçant un travail très dur, repris trop précocement.

Les auteurs n'ont pas appliqué seulement ce procédé aux ulcères de jambes. Ils l'ont employé aussi dans d'autres affections : dermatoses chroniques, eczéma, ecthyma, lymphangite aiguë, artérite, varices avec troubles trophiques, éléphantiasis, œdème des extrémités d'origine sympathique.

Ils reconnaissent d'ailleurs qu'ils n'ont fait qu'appliquer à une lésion particulière un traitement préconisé depuis longtemps par Leriche. Ils ont été guidés par un article de *La Presse Médicale* du 5 Novembre 1938 dans lequel cet auteur montrait l'action favorable des infiltrations de novocaïne dans les luxations traumatiques, lymphangites et infections sévères des extrémités.

Leriche vient d'insister encore récemment, dans le *Progrès Médical* du 10 Juin 1943, sur l'effet parfois extraordinaire des injections péri-artérielles de novocaïne. Il a montré l'efficacité du traitement des migraines fronto-sus-orbitaires par la simple injection de novocaïne à 1 pour 100 autour de l'artère temporale superficielle, qu'il est facile de repérer par ses battements à 1 *cm.* au-dessus de l'arcade zygomatique. Ce traitement suffit parfois à soulager en quelques secondes et à guérir pendant des mois des malades qui avaient résisté à toutes les autres thérapeutiques. Toutefois, il est très important de préciser autant que possible le diagnostic étiologique de la migraine, le traitement n'ayant pas d'effet sur les migraines d'origine vésiculaire ou alimentaire et plus encore sur les sinusites latentes. C'est d'ailleurs pour des cas analogues que Raphaël Massart a préconisé, ici même, l'artériotomie temporale.

On voit, par ces deux exemples, l'importance des injections péri-artérielles de novocaïne qui paraissent constituer, dans des affections très diverses, un puissant moyen thérapeutique. A. Ravina.

Sur une médication de remplacement du sous-nitrate de bismuth en gastro-entérologie

Dans un travail expérimental récent publié dans *La Presse Médicale* (1943, n° 31, p. 450), R. Deschiens, Ph. Decourt et A. Provost ont établi que, dans les côlites infectieuses et fonctionnelles du chat obtenues expérimentalement, une médication comportant un facteur topique (kaolin) et un facteur bactériostatique ou antiseptique oxydant (bacilles et coques lactiques ou lactate de chaux) était efficace et se rapprochait pharmacologiquement de l'action du sous-nitrate de bismuth lourd.

L'application de ces données à la thérapeutique des entérites et des côlites chez l'homme s'est montrée opérante et nous avons pu réunir 29 observations d'entéro-côlites fonctionnelles ou infectieuses guéries ou favorablement influencées par l'usage de l'association du kaolin d'une part, et des ferments lactiques ou du lactate de chaux, d'autre part. 20 cas ont été traités par l'association kaolin, coques et bacilles lactiques. 9 cas par le kaolin associé au lactate de chaux.

Voici deux observations succinctes parmi celles qui ont été recueillies. L'une concerne un cas de côlite subaiguë d'origine infectieuse probable, traitée par l'association kaolin-lactate de chaux ; l'autre, un cas de côlite fonctionnelle traitée par l'association kaolin-ferments lactiques. Ces observations montrent ce que l'on peut attendre de ces médications succédanées du sous-nitrate de bismuth.

Observation I. — R. D..., homme de 50 ans, côlite subaiguë avec poussée subfébrile concomitante débutant par un état diarrhéique avec selles liquides puis muqueuses et bilieuses, fréquentes (7 à 8 par jour), de réaction alcaline, montrant à l'examen coprologique microscopique de nombreux leucocytes qui signent la nature infectieuse de la côlite ; il n'est pas constaté de parasites intestinaux. Le côlon est volumineux, douloureux et gargouillant, on note une corde colique droite et transverse et des douleurs abdominales diffuses, avec maximum dans la région cæcale. Malgré la diète hydrique instituée puis un régime strict prescrit, les selles demeurent muqueuses, fréquentes et post-prandiales au 6e jour ; le côlon droit reste contracté, le cæcum gros et gargouillant. On prescrit alors dans la journée 3 paquets, le matin à jeun et une demi-heure avant les deux principaux repas, composés de : kaolin, 4 *g.*; lactate de chaux, 0 *g.* 50 pour un paquet. La régularisation et le retour des selles à la normale sont obtenus après six jours de traitement. Celui-ci, après une durée totale de trois semaines, est suspendu sans incident ni rechute.

Observation II. — M. S..., homme de 38 ans, robuste, ouvrier métallurgiste, présente une côlite chronique fonctionnelle remontant à trois mois avec alternatives de selles molles en bouse de vache (A. Mathieu) et de poussées de diarrhée muqueuse et glaireuse. L'examen coprologique montre l'existence de fermentations hydrocarbonées (selle acide, présence de cellulose digestible, d'amidon, de leptothrix et de clostridies) avec côlite (mucus, présence de *Blastocystis hominis*) ; il n'est pas observé de parasites intestinaux. Il existe une corde colique droite : l'amaigrissement est très important et l'état général est si profondément atteint que la nécessité d'un repos absolu au lit, en même temps qu'un régime sévère, est envisagée mais refusée. On applique alors une médication topique et bactériostatique comportant, par jour, 10 *g.* de kaolin pris le matin dans le petit déjeuner et 10 comprimés de ferments lactiques actifs et dosés à 50 millions de coques et bacilles lactiques par comprimé dans un demi-verre d'eau, une demi-heure avant les deux principaux repas, soit 20 comprimés par jour. On obtient une régularisation des selles après huit jours de traitement ; cette régularisation, sous l'influence d'une application permanente, se maintient pendant un mois ; le malade peu discipliné cesse alors le traitement et a une rechute huit jours après cette cessation. La thérapeutique topique et bactériostatique, reprise avec empressement, procure une nouvelle rétrocession des troubles. Ceux-ci réapparaissent après une négligence pour rentrer de nouveau dans l'ordre par la reprise du traitement.

Cette seconde observation confirme la nécessité d'un traitement continu et prolongé ne devant être levé qu'avec beaucoup de prudence dans les côlites chroniques fonctionnelles traitées par le sous-nitrate de bismuth ou par ses succédanés. On trouve d'ailleurs à la limite de cette notion un véritable état de besoin que connaissent certains malades traités par les sels de bismuth ; ces malades ne croient obtenir ou n'obtiennent réellement un transit et des exonérations intestinales normales que par l'application quasi perpétuelle du traitement bismuthique ou d'un succédané.

*
* *

Le traitement par l'association kaolin-ferments lactiques ou lactate de calcium peut être prescrit de la façon suivante :

1° Kaolin associé aux bacilles et coques lactiques. — *a*) Prendre le matin, au petit déjeuner, en suspension dans 100 *cm*³ de liquide (ou dans la tasse à déjeuner elle-même) : 10 *g.* de kaolin.

Une demi-heure avant les deux principaux repas, prendre dans un demi-verre d'eau 8 à 10 comprimés de ferments lactiques dosés à 50 millions environ de bacilles et de coques lactiques *actifs* par comprimé.

b) On peut aussi associer ferments lactiques et kaolin de la façon suivante :

Prendre trois fois par jour (le matin à jeun et une demi-heure avant les deux principaux repas), dans un demi-verre d'eau, l'un des paquets suivants :

Kaolin	5 *g.*
Poudre de ferments lactiques..... q.s.p.	200 à 500 millions de bacilles et coques lactiques.

Faire ce traitement quinze jours au moins.

2° Kaolin-lactate de chaux. — Prendre le matin, une demi-heure avant le petit déjeuner et une demi-heure avant les deux principaux repas, dans 100 *cm*³ d'eau, l'un des paquets suivants :

Kaolin purifié	4 *g.*
Lactate de calcium...........	0 *g.* 20 à 0 *g.* 75

(pour un paquet).

soit 12 *g.* de kaolin et 0 *g.* 60 à 2 *g.* 25 de lactate de chaux par jour.

Nous pensons que cette note de pratique médicale peut être utile aux médecins désireux d'utiliser un produit de remplacement efficace des sels insolubles de bismuth en gastro-entérologie et nous souhaitons que des observations confirmatives de celles que nous apportons puissent être recueillies.

R. Deschiens et Ph. Decourt.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Lavoisier
(1743-1794)

En ce deuxième centenaire de la naissance d'Antoine-Laurent Lavoisier, notre pays se devait de commémorer en un pieux hommage celui que J.-B. Dumas proclamait l'homme le plus complet et peut-être le plus grand génie que la France ait produit dans les sciences.

Parmi les nombreuses manifestations auxquelles cet anniversaire a donné lieu, une des plus marquantes, et des mieux venues, est l'exposition organisée au sein du Palais de la Découverte par M. Gabriel Bertrand. Il importait, non pour la gloire immortelle de Lavoisier, mais pour le bien de notre jeunesse, que son œuvre fût accessible à tous dans une forme saisissante : car c'est à pareil exemple que « la flamme sacrée de l'invention s'allume et s'entretient ». (Pasteur.)

Dans l'évocation du cadre même où travailla Lavoisier, de sa bibliothèque à son laboratoire, au milieu de ses instruments, de quelques-uns de ses appareils les plus ingénieux et de tous ses écrits, on demeure confondu devant la synthèse impressionnante de tant de découvertes si rares et si variées, sur lesquelles s'édifièrent deux sciences : la chimie et la physiologie. Aujourd'hui encore, la pensée scientifique moderne reconnaît en lui un de ses points de départ.

Dans chaque branche de l'activité humaine, d'incessants apports alluvionnaires opèrent une lente stratification. Mais, au cours des siècles, de loin en loin, naît un génie. Si les circonstances lui sont alors favorables, il bouleverse le monde et marque de l'empreinte de sa personnalité unique l'évolution de l'humanité tout entière. C'est peut-être en vue d'une seule de ces mutations heureuses que la nature multiplie sans compter ses essais infructueux.

Il est dans l'histoire du développement de chaque science une série d'alternances de périodes pleines, riches de découvertes majeures, et de longs paliers de cristallisation. Lorsque les premières coïncident avec l'apparition d'un de ces hommes exceptionnels, qui n'ont plus aucune commune mesure avec leurs prédécesseurs, la courbe du progrès inscrite au fronton de cette discipline accuse une ascension brutale. La postérité l'attribue à tous les artisans de la science, mais elle n'est le plus souvent redevable qu'à l'intelligence pénétrante, à l'intuition clairvoyante et à la miraculeuse prescience d'un seul.

Antoine-Laurent Lavoisier fut un de ces êtres d'élite : je dirais même un des plus grands si l'on disposait d'un instrument qui toise les génies et s'il n'était vain de chercher à hiérarchiser entre eux des esprits incomparables. Mais, comme l'écrivait Pasteur, on trouverait difficilement dans l'histoire des sciences un nom qui éveille plus d'admiration et de sympathie. Le génie paraît souvent monstrueux, effrayant, par l'hypertrophie même d'une de ses facultés ; il précède ordinairement son siècle et en demeure incompris. Lavoisier est un des rares sommets de l'humanité qui, au contraire, incarne son époque tout en la dominant : en lui, tout est mesure, ordre, harmonie ; il allie, sublimées au plus haut degré, les qualités de l'esprit, l'imagination créatrice, la sûreté du jugement et une ferme volonté qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement ainsi réunies. Il posséda, par-dessus tout, à un degré qui n'a jamais été dépassé, l'art d'expérimenter, qui est l'intégration de tous ces dons particuliers.

Par surcroît, loin d'écraser sous la hauteur de son talent, il était séduisant, persuasif; dès l'abord, sa personne reflétait l'exquise distinction que confèrent une éducation raffinée et une grande noblesse de sentiments ; ceux qui l'approchaient étaient vite conquis par le charme de son commerce, l'étendue de sa culture, la forme à la fois précise, élégante et imagée de sa parole. Il n'est pas jusqu'à sa fin tragique et prématurée, en plein essor de son activité géniale, qui n'auréole cette attachante figure, « l'une des plus pures et plus éblouissantes illustrations de la pensée française ».

Lavoisier est le père de la doctrine chimique moderne, comme il est l'initiateur de notre méthode d'investigation chimique. Il est, pour la chimie, disait Fourcroy, ce qu'ont été Kepler, Newton, Locke, Euler, pour les mathématiques. Il en fut aussi le Descartes. Car, en orientant dans une voie originale les pas de ses contemporains, « il a changé d'une manière heureuse et l'art d'opérer et le mode de raisonner en chimie ».

Bien qu'on ne lui attribue en propre l'isolement d'aucun élément entièrement nouveau, il est devenu le centre, en quelque sorte, de tous les travaux, de toutes les découvertes faites en son temps sur les gaz.

En rénovant avec un art particulier les expériences des autres, y trouvant ce que leurs auteurs n'y avaient point reconnu, et en les dotant d'une précision jusqu'alors ignorée, il les rend siennes et leur donne un caractère de netteté, de clarté dont elles manquaient au sortir des laboratoires qui les avaient conçues. En ajoutant alors ses propres expériences, mûrement méditées, ingénieusement conduites, et admirablement observées, il transforme radicalement les dogmes de la physique.

Avant lui, les quatre éléments aristotéliciens, ces quatre irréductibles auxquels on ramenait l'essence même de l'univers — le feu, l'air, l'eau et la terre — demeuraient quatre mystères impénétrables. Après lui, ils prennent chacun dans l'édifice de la science contemporaine leur place définitive. L'air est analysé, et Lavoisier découvre l'oxygène que Priestley avait déjà cependant eu entre les mains sans pressentir l'intérêt de sa préparation. Bien qu'auparavant Blake ait identifié l'air fixe (ou gaz carbonique), Lavoisier, le premier, avance « que l'air de l'atmosphère est composé de la réunion de plusieurs fluides élastiques ». Le premier encore, il démontre que l'eau est un composé d'hydrogène et d'oxygène et en refait la synthèse. Le premier, enfin, il perçoit et confirme expérimentalement l'identité profonde de la calcination des métaux et de la respiration des êtres vivants.

Par lui tous ces phénomènes sont intégrés dans le processus universel de l'oxydation de la matière, la chaleur animale trouve son explication rationnelle, le mécanisme des fermentations est entrevu, la physiologie et la médecine sont définitivement assises sur des bases biochimiques.

Mais écoutons Lavoisier lui-même donner, dès **1777**, le premier bilan de son œuvre : « Le phlogistique n'existe pas. L'air du feu, l'air déphlogistiqué est un corps simple ; c'est lui qui se combine avec les métaux que vous calcinez; c'est lui qui transforme le soufre, le phosphore, le charbon en acide ; c'est lui qui, dans la respiration des animaux, change le sang veineux en sang artériel, en même temps qu'il développe la chaleur qui leur est propre ; il forme partie essentielle de la croûte du globe tout entière, de l'eau, des plantes et des animaux... Dans cet être éternel, impérissable, qui peut changer de place, mais qui ne peut rien gagner ni rien perdre, *que ma balance poursuit* et retrouve toujours le même, il faut voir l'image de la matière en général; car toutes les espèces de matières partagent avec lui les propriétés fondamentales et sont, comme lui, éternelles, impérissables... Depuis l'insecte qui échappe à notre vue et que nous n'apercevons qu'à l'aide du microscope, jusqu'au plus grand des quadrupèdes, l'éléphant, tout respire dans la nature animée... Ce n'est point au soleil qu'a été allumé le flambeau de Prométhée, mais c'est à l'air qui environne les animaux et qu'ils décomposent que les êtres vivants ravivent continuellement le feu qui sert d'aliment à la vie. »

Lavoisier fut un révolutionnaire dans toutes les acceptions heureuses de ce mot : dans le domaine scientifique une révolution d'ailleurs ne saurait être qu'heureuse. Elle engendre toujours plus de vérités et si même quelque théorie s'installe que l'avenir démontrera erronée, elle ne s'impose et ne dicte sa loi qu'autant qu'elle s'inclue dans les données contrôlées de l'expérience.

Lavoisier, victime illustre des excès d'un mouvement auquel il s'était d'abord si pleinement associé et dont il partageait les aspirations généreuses, demeure le symbole même de la révolution spirituelle des encyclopédistes, qui enfantèrent un esprit nouveau, en gardant encore toute mesure dans la pensée, toute pondération dans l'action.

Sans éclat, avec une irrésistible maîtrise, dans une suite impressionnante de travaux qui s'échelonnent sur moins de quinze années, Lavoisier accomplit la grande révolution chimique. Il fit place nette de toutes les erreurs endocrinées, de toutes les théories confuses et imprégnées de dogmes périmés. Mais ce révolutionnaire qui secoua le majestueux et solide édifice de la théorie du phlogistique, ne s'avança jamais qu'il ne fût assuré de la solidité du terrain qui supporterait ses nouveaux pas. Il ne détruisit qu'après avoir construit.

Pour faire jaillir une chimie moderne, il ne se rue pas impétueusement à l'assaut des erreurs qu'il pressent. Car il sait la valeur de toute doctrine scientifique, synthèse de vérités expérimentales, fruit lourd de réflexions ingénieuses et d'imagination hardie. Il ne rejettera cette armure qu'après s'en être forgé une nouvelle, plus souple, plus étincelante, plus solide.

Aujourd'hui que l'hypothèse de Stahl, entièrement infirmée, n'appartient plus qu'à l'histoire, simple jalon dans l'évolution de la pensée scientifique, on a tendance à en méconnaître les mérites. Mais, cette « erreur féconde » fut à son heure plus utile que nuisible, car elle fut le premier système qui établit quelques liaisons entre une multitude de faits épars et d'observations isolées.

Elle réalisa, en effet, une unité remarquable dans les phénomènes de combustion, qu'elle associa aux modifications d'acidité et d'alcalinité.

Le passage du soufre à l'état d'*acide* par combustion, la transformation dans des conditions semblables d'un métal à l'état de « chaux métallique », nous dirions aujourd'hui d'oxyde *basique*, frappèrent naturellement les chimistes en quête d'une idée directrice et cherchant à s'élever des faits bruts à la connaissance des principes généraux.

Stahl imagina une cause commune, capable d'effets aussi divergents, et attribua ces changements à la présence ou à l'absence de quelque matière subtile et fugace, inaccessible aux sens de l'observateur : faute d'expériences pour en découvrir la nature, il raisonna par *analogie*. Considérant que le soufre est un des corps les plus combustibles, que les chaux métalliques se revivifient quand on les traite avec des substances combustibles, il fit de cette propriété le caractère distinctif d'un nouvel être qu'il dénomma phlogistique ou principe inflammable. C'est lui que le soufre perd en devenant acide, que les chaux métalliques recouvrent par les réductions qui régénèrent les métaux.

Mais mettre de l'ordre ne suffit pas à faire œuvre de créateur; l'organisation ne crée rien, si ce n'est un climat favorable.

La grande découverte de Lavoisier fut de montrer non seulement l'inutilité, mais les contradictions internes de cette hypothèse ; il prouve qu'il n'y a

point de matière du feu dans les corps combustibles, que celle-ci n'est qu'une des parties constituantes de l'air : c'est ce dernier et non ce que l'on regardait comme corps combustible qui se décompose dans toute combustion !

Dès le début de ses travaux sur les gaz, Lavoisier entrevoit toute la portée de ses recherches ; il pressent qu'il s'attaque au nœud même d'une question primordiale, dont la réponse lui fournira la clé de la plupart des transformations chimiques dans le monde inanimé comme au sein des êtres vivants : il note, dès 1772, en marge de son cahier de laboratoire, l'importance de cet objet de ses recherches « fait pour amener une révolution en physique et en chimie » ! Tant il est vrai que les grands problèmes qui hantent et obsèdent le véritable savant sont ceux dont son intuition entrevoit une solution, que sa raison se refuse encore à admettre.

Toute l'œuvre de Lavoisier, édifiée dans la foi généreuse et le respect de la raison humaine qui animait les esprits cultivés de la fin du XVIII[e] siècle, a résisté à l'épreuve du temps. Si le plus grand enseignement de la physique contemporaine est peut-être de nous avoir habitués à accepter la coexistence de notions apparemment contradictoires, on pourrait pousser le paradoxe jusqu'à reconnaître dans le couronnement de l'édifice chimique de Lavoisier l'indication de cette nouvelle révolution.

De grands esprits en effet se sont étonnés que le créateur même de la notion moderne de l'élément — à savoir une substance dont le *poids* ne peut diminuer dans toutes les modifications chimiques qu'il peut éprouver — ait conservé en tête de la classification rationnelle des éléments simples, deux éléments impondérables, la chaleur et la lumière. Mais, pour Lavoisier, un corps, tel que l'oxygène gazeux par exemple, est une combinaison du véritable élément « oxygène » avec l'élément « chaleur ». Cet observateur incomparable dissocie les différents aspects d'un problème sans en méconnaître aucun. C'est en recourant constamment à la balance qu'il introduit la mesure dans chacune de ses expériences. Mais les transformations de l'énergie ne lui passent pas pour autant inaperçues ; en faisant figurer deux de ses formes dans la constitution des composés, il est certainement plus près de la nature réelle de ces substances que nos formules chimiques modernes, qui ne permettent pas encore d'inclure l'énergie dans les symboles de leur constitution moléculaire.

Lavoisier, qui n'a jamais manqué de rendre hommage à tous ses prédécesseurs, en soulignant même, à chaque occasion, les antériorités qu'il leur reconnaissait, a toujours cependant revendiqué « comme sa propriété » la nouvelle théorie de la chimie française. « Je la réclame comme telle, a-t-il écrit, auprès de mes contemporains et de ma postérité. »

Les uns comme les autres l'ont rendue à sa gloire et tous ont fait leurs ces paroles empreintes de légitime fierté, publiées peu après sa mort : « ... Ceux qui sont capables d'un examen plus profond jugeront bientôt qu'une doctrine dans laquelle on s'interdit jusqu'aux inductions de l'analogie, qui n'admet que des vérités de fait, qui n'est que la somme des résultats de l'observation et du calcul... et qui rejette toute hypothèse, ne peut éprouver le sort éphémère de ces dernières. Or telle est la méthode rigoureuse dans laquelle les chimistes paraissent aujourd'hui se renfermer. La postérité verra s'élever l'édifice dont ils n'ont pu que poser les fondements, mais elle ne pensera à détruire ce qu'ils ont fait que quand, avec les mêmes matières et dans les mêmes circonstances, la nature cessera d'opérer les mêmes phénomènes. » (Fourcroy.)

Aujourd'hui qu'un édifice grandiose repose sur ces bases inébranlées, la France peut s'enorgueillir de revendiquer dans son patrimoine national la gloire immortelle d'un Lavoisier.

MICHEL POLONOVSKI,
membre de l'Académie de Médecine.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Région parisienne

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 22 DU 21 DÉCEMBRE 1943.

Comité de coordination

Sur l'activité des Comités sociaux et des Comités d'organisation. — Le Comité de coordination attire l'attention sur l'activité de certains Comités sociaux et Comités de plus en plus nombreux, s'assimilant à des Sociétés de Secours mutuels et qui ont tendance à diriger leurs affiliés vers certains médecins, chirurgiens ou spécialistes, voire mieux vers certains dispensaires ou maisons de santé avec lesquels ils passent des contrats. Les Collèges départementaux voudront bien faire une enquête à ce sujet dans leurs départements respectifs, afin que cette grave question puisse être étudiée en tout état de cause dans une prochaine réunion.

Relèvement éventuel des honoraires minima. — Nous rappelons qu'une circulaire interministérielle, en date du 24 Juin 1942 [1], a laissé aux secrétaires d'Etat à l'Economie nationale et à la Santé le soin d'apprécier l'opportunité de ces relèvements. Cette circulaire a été communiquée à tous les Conseils départementaux où les intéressés pourront se renseigner.

Dans les 5 départements de la région parisienne, la valeur de PC et de K reste égale à 25 fr. De même les honoraires minima pour la consultation et la visite restent inchangés.

A la Caisse interdépartementale des A. S. de Seine et Seine-et-Oise. — Pour l'année 1942 la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise a été créditée de 549 millions de francs provenant des cotisations des assurés, + 42 millions provenant des revenus des placements, soit un total de 591 millions. Pour la même année, les dépenses de risques ont été de 450 millions de francs.

En ce qui concerne le risque maladie, qui est de beaucoup le plus important, les dépenses ont été de :

75 millions (frais médicaux), 10 millions (frais chirurgicaux et de spécialités), 13 millions (soins dentaires), 59 millions (frais pharmaceutiques), 57 millions (frais d'hospitalisation dans les maisons de santé, hôpitaux publics ou privés, sanatoriums, etc.), 136 millions (indemnités journalières, demi-salaire).

Les frais de gestion ont été de 45 millions, + 11 millions de frais de contrôle médical.

L'exercice 1942 s'est donc balancé par un bénéfice de 91 millions et a été largement excédentaire.

Il semble qu'il doive en être différemment pour 1943, le chapitre recettes ayant certes augmenté, mais le chapitre dépenses s'étant accru dans de plus fortes proportions, plus particulièrement celui des indemnités journalières qui se serait accru de 134 pour 100 par rapport à l'année 1942, par suite d'abus au sujet des indemnités journalières. « Ces abus, disent les administrateurs des Caisses, sont d'autant plus faciles que les nombreuses Mutuelles créées en particulier par les Comités sociaux complètent intégralement le salaire en cas de maladie, supprimant ainsi tout ticket modérateur. »

La qualification des spécialistes dans la loi des pensions. — Ce difficile problème vient d'être résolu par le Secrétariat général aux Anciens combattants de la manière suivante : Extraits de la circulaire 5.996 S.M.G. aux préfets du 16 Octobre 1943 :

Seuls peuvent prétendre aux honoraires prévus au paragraphe 2 du titre 2 de la Nomenclature les ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, urologistes et électro-radiologistes œuvrant à l'aide d'un matériel spécial.

En conséquence, les chirurgiens et tous les spécialistes médicaux y compris les phtisiologues, dermatologistes, psychiatres et médecins de stations thermales ne peuvent prétendre qu'aux honoraires de consultation et de visite prévus au paragraphe 1, soit 25 fr. pour la consultation et 30 fr. pour la visite au domicile du malade lorsqu'ils n'effectuent pas d'actes à tarif spécial.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1942, n° 40, 562.

A propos de l'application de la loi du 16 Décembre 1942 sur la protection de la maternité et de l'enfance. — Dans une circulaire datée du 2 Août 1943, le secrétaire d'Etat du Travail précise à l'intention des Caisses des Assurances sociales la façon dont les examens médicaux de femmes enceintes doivent être pratiqués et la carte de grossesse utilisée.

S'il est souhaitable que la déclaration de grossesse soit faite dès les premiers mois, il ne faut pas oublier que la loi donne jusqu'à la fin du 6[e] mois pour faire cette déclaration.

Quant aux visites prénatales, si les Caisses ont le droit d'en fixer le nombre et l'époque, les assurées, elles, ont le droit de choisir le praticien, médecin ou sage-femme qui procédera à ces visites, à la seule condition qu'elles subissent un examen médical au cours de leur grossesse.

Le secrétaire d'Etat au Travail rappelle enfin que le premier examen doit être un examen médical général, comportant un examen radiologique des poumons et une réaction de Bordet-Wassermann, et qu'il doit avoir lieu dès le 3[e] mois.

Collège départemental de Seine-et-Oise

Voici des extraits de la lettre que le Conseil du collège départemental de Seine-et-Oise a adressés aux *membres des Commissions administratives des hôpitaux de Seine-et-Oise,* délégués de Conseil de l'Ordre des médecins, le 15 Décembre 1943.

1° Au moment où nous venons d'avoir la satisfaction de voir enfin des représentants du corps médical entrer dans les Commissions administratives des hôpitaux, nous estimons indispensable que ces représentants se fassent un devoir d'observer une attitude conciliante et constructive, d'éviter toutes questions personnelles et de montrer aux Commissions administratives combien la présence d'un médecin dans leur sein est nécessaire à l'intérêt de l'hôpital.

2° Si le Conseil a cru devoir, par principe, désigner comme délégués des médecins ou chirurgiens des hôpitaux, parce que mieux au courant des besoins de ces établissements, ces délégués ne doivent pas oublier qu'ils doivent avoir en vue la dignité et l'intérêt des médecins en général, avant ceux du corps hospitalier, et doivent faire passer avant toute chose l'intérêt supérieur des malades.

3° Le règlement d'administration publique du 17 Avril 1943, en son article 14, prévoit la constitution, dans chaque hôpital, d'une *Commission consultative médicale.*

Il y a lieu, pour vous, de veiller à ce que cette Commission consultative médicale soit nommée le plus tôt possible, et à ce que la direction de l'hôpital ne manque pas de lui demander son avis sur l'aménagement et la répartition des services, les grosses réparations, l'hygiène des locaux, l'installation technique des services et le régime alimentaire des malades.

Vous êtes, de droit, président de cette Commission consultative médicale, mais les avis de cette Commission doivent être transmis au directeur de l'hôpital, et ce n'est pas vous-même qui devez vous charger d'en instruire la Commissions administrative.

4° Il est indispensable que dans chaque hôpital la Commission consultative médicale étudie de très près les améliorations d'ordre technique, architectural et toutes questions intéressant le fonctionnement médical (composition du personnel) de l'établissement. Cette étude doit être faite le plus tôt possible et le Conseil départemental vous demande de lui envoyer un double du rapport que vous adresserez à ce sujet à votre Commission administrative.

5° L'article 18 du règlement d'administration publique prévoit que *l'admission des malades* doit être faite dorénavant *sur le vu d'un certificat du médecin traitant,* indiquant seulement la spécialité sur laquelle le malade doit être dirigé (médecine, chirurgie, etc.) et *ne mentionnant pas* le diagnostic. Ce certificat administratif doit être accompagné d'une lettre cachetée contenant des renseignements pour le médecin du service d'hospitalisation. Cette manière de faire, qui protège le *secret professionnel*, doit être soigneusement appliquée.

6° La proportion des *malades payants* admis à l'hôpital doit être fixée par la Direction régionale. Vous aurez à veiller à ce que cette proportion ne soit pas considérable.

Nous vous rappelons que s'il existe des *chambres particulières* fonctionnant en « *clinique ouverte* », le *libre choix* et l'*entente directe* sont prévus par l'article 25 du R. A. P.

7° Le R. A. P. prévoit également l'organisation dans chaque hôpital d'un *service central d'archives médicales* avec secrétariat. Il est indiscutablement intéressant de poursuivre cette création susceptible de rendre les plus grands services aux malades, en assurant la liaison entre les médecins traitants et les médecins hospitaliers.

8° L'article 46 du R. A. P. prévoit qu'un *règlement intérieur,* conforme à la loi nouvelle, doit être établi dans les *trois mois* par la Commission administrative.

9° Au sujet des *consultations externes,* votre action doit être orientée dans le sens suivant :

a) Ne pas permettre l'admission de malades payants, sauf s'ils sont munis d'une lettre de leur médecin traitant les dirigeant sur cette consultation ;

b) Demander qu'un contrôle sérieux soit exercé par l'Administration hospitalière, de telle sorte que les consultations externes des hôpitaux ne puissent nuire en aucun cas à l'exercice de la médecine libre.

10° L'article 112 du R. A. P. prévoit que le *personnel médical doit être assuré en cas d'accident professionnel* par une assurance contractée spécialement à cet effet par les Commissions administratives.

En attendant que le Conseil national donne des directives sur la valeur du capital à assurer pour chaque médecin et sur les invalidités spéciales à prévoir, il y a intérêt à ce que les assurances provisoires soient établies le plus tôt possible et nous vous proposons de fixer le capital à assurer pour chaque membre du Corps médical hospitalier à 500.000 *francs,* sous toute réserve des décisions ultérieures du Conseil national.

11° En ce qui concerne les traitements et honoraires du Corps médical hospitalier, l'Administration a le droit de retenir 5 pour 100. Les 95 pour 100 restants sont à répartir par entente entre les chefs de service, mais il semble opportun de prévoir :

a) Une part pour le radiographe qui ne touche absolument aucun honoraire pour les radiographies faites aux malades hospitalisés ;

b) Une part pour les chefs de laboratoire qui ne touchent aucune rémunération pour les examens concernant les malades hospitalisés ;

c) Là où le Corps médical hospitalier sera d'accord, un pourcentage supplémentaire à verser pour l'amélioration de certains services.

12° Vous aurez à veiller à ce que le *personnel administratif* ou le *personnel secondaire soignant* soit parfaitement au courant des prescriptions de l'article 378 du Code pénal concernant le *secret professionnel.* Trop souvent ce personnel communique dans son entourage des détails qui ne doivent pas être divulgués sur l'état des malades et sur l'activité des médecins et chirurgiens de l'hôpital.

***

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 23 DU 8 JANVIER 1944.

Comité de Coordination

Cotisation des membres de l'Ordre. — Le Conseil national de l'Ordre a demandé aux présidents des Conseils départementaux que soit augmentée de 150 à 200 fr. la quote-part de la cotisation du Conseil national. Ces 50 fr. permettront au Conseil national d'avoir des disponibilités financières suffisantes pour soulager les infortunes médicales (sinistrés totaux, médecins âgés, veuves chargées de famille, etc.) dont le nombre croît de jour en jour, en attendant que fonctionne la Caisse de secours et d'entr'aide

Les cotisations aux Conseils départementaux seront donc révisées.

Fonctionnement des Conseils régionaux de l'Ordre. — Les Conseils régionaux sont, comme on sait, chargés des inscriptions au Tableau et des questions disciplinaires. Leur fonctionnement paraissant s'avérer délicat, le ministère de la Santé vient d'adresser au président du Conseil national une lettre dont nous extrayons ce qui suit :

1° Rien ne s'oppose à ce qu'un Conseil régional puisse se réunir, alors même que tous ses membres ne seraient pas présents. Il a été établi comme quorum de séance le chiffre de 5 membres présents.

2° Les Conseils régionaux ont la possibilité de se réunir dans un lieu quelconque de leur ressort. Toutefois une disposition sera vraisemblablement introduite qui spécifiera que la séance ne peut avoir lieu, sauf accord des intéressés, qu'au chef-lieu de la région, au chef-lieu du département où réside le médecin

intéressé, ou au chef-lieu des départements limitrophes. Ceci afin de préserver les droits des médecins.

3° En cas d'absence du président, il peut sans difficulté être suppléé par le médecin le plus ancien présent à la séance. De même, le conseiller juridique peut être suppléé par un autre magistrat désigné par le premier président du ressort.

La suppléance du directeur régional de la Santé pourra être assurée par un inspecteur de la Santé du département.

Postes devenus vacants (médecins étrangers). — Il est rappelé que leur recensement est à la charge des Conseils régionaux, en vue de leur attribution aux médecins rentrés de captivité.

A propos du relèvement éventuel des honoraires minima. — Nous croyons intéressant de publier l'extrait ci-dessous de la lettre adressée le 26 Octobre 1943 par le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances, au secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

« ...Permettez-moi de vous rappeler qu'en droit il n'y a aucune raison pour que les tarifs des visites et consultations médicales échappent à la réglementation des prix dont la portée est absolument générale et qui s'applique, par conséquent, à tous les services et prestations aussi bien qu'aux produits et denrées. Le caractère « libéral » de la profession médicale ne saurait la faire échapper au droit commun car de nombreuses autres professions libérales sont soumises à des dispositions tarifaires strictes dont certaines sont même antérieures à l'institution de la réglementation des prix en France.

Je veux espérer néanmoins qu'il me sera possible de maintenir la procédure libérale actuellement en vigueur. Mais pour cela je considère comme essentiel qu'elle soit appliquée dans un esprit conforme au but qu'elle se propose et aux échanges de vues qui ont précédé son élaboration. J'estime d'ailleurs que la compréhension des nécessités sociales du moment ne peut nuire aux intérêts bien compris du Corps médical. Je vous serais, en conséquence, obligé de me donner l'assurance que vous considérez les dispositions de notre circulaire n° 2.578-82 comme toujours en vigueur, et que le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et vous-même êtes disposés, en liaison avec mon département, à effectuer sur les relèvements des tarifs minima des honoraires médicaux un contrôle strict et efficace en raison des conditions sociales actuelles et, notamment, de la politique de blocage des salaires qui atteint précisément la partie la moins fortunée de la population... »

La révision de la nomenclature. — A sa récente session des 11 et 12 Décembre 1943, le Conseil national de l'Ordre a pris connaissance du rapport établi par la Commission spéciale de révision de la nomenclature. Après discussion, ce rapport présenté par le Dr Decourt a été adopté dans son ensemble.

Toutefois un certain nombre de questions litigieuses sont restées en suspens et leur solution a été confiée à une nouvelle Commission restreinte composée de 5 membres. Cette Commission restreinte, présidée par le Dr Oberlin, ne s'est pas encore réunie.

D'après le Dr Decourt, rapporteur démissionnaire de l'ancienne Commission de révision, les points litigieux seraient au nombre de trois :

1° Suppression ou maintien des « demandes d'entente préalable » pour certains actes de spécialités ;

2° Maintien du K global tel qu'il existe actuellement ou bien décomposition de K en plusieurs facteurs comme dans la nomenclature mort-née ;

3° Doublement du coefficient de la consultation pour le spécialiste par rapport à l'omnipraticien. Possibilité pour un acte déterminé d'être affecté d'un coefficient différent suivant qu'il est pratiqué par un omnipraticien ou par un spécialiste qualifié.

Coordination des divers examens prénataux exigés par la Santé, le Ravitaillement et les Assurances sociales.

Voici, d'après l'Actualité sociale, le fonctionnement de ce système de coordination :

Examen du 3e mois. — Il peut se faire en un ou en deux temps. Pour obtenir sa carte de suralimentation, la femme doit présenter à la mairie un certificat de son médecin ou de sa sage-femme dont mention est portée dans la première case gauche de la carte de suralimentation, les mairies sont obligées de délivrer aux assurées qui en font la demande une copie de ce certificat, cette copie pouvant servir de déclaration de grossesse pour la Caisse d'Assurances sociales.

Lors de l'examen du 3e mois, il doit y avoir obligatoirement un examen médical général en vue du dépistage de la tuberculose avec examen radiologique et de la syphilis avec réaction de B.-W. et mention doit en être portée dans la première case droite de la carte de suralimentation.

La femme qui, en demandant sa carte de suralimentation, n'apportera qu'un certificat de sage-femme ou un simple certificat médical sera donc invitée à se faire examiner par un médecin et à rapporter les certificats constatant que les examens généraux prescrits par la loi ont été pratiqués.

Un double de ce certificat authentifié par le cachet de la mairie devra être adressé à la Caisse d'Assurances sociales et permettra à la femme de bénéficier éventuellement des primes qui auraient été instituées par les Caisses d'Assurances sociales.

Examen du 5e mois. — Pour l'examen du 5e mois, la femme fait établir un certificat médical directement sur la carte de suralimentation. Elle fait ensuite authentifier ce certificat par la mairie qui y appose son cachet et doit en établir une copie qui est adressée à la Caisse d'Assurances sociales, la mairie collant sur cette copie le coupon F détaché de la carte.

Examen du 8e mois. — Les mêmes formalités sont prévues pour l'examen du 8e mois ; la mairie détachera le coupon G.

Le Comité de Coordination ne peut que renouveler l'appel qu'il faisait pour que les médecins apportent tout leur concours au bon fonctionnement du système préconisé par le ministre du Travail, notamment en ce qui concerne l'examen du troisième mois. On peut souhaiter aussi que l'Ordre des médecins soit également partie dans les conventions éventuelles à passer entre Caisses, Services de Santé et Ravitaillement.

Attribution de la carte T à certaines catégories de médecins[2]. — Il est précisé que le nombre d'attestations que délivrera les Conseils départementaux ne dépassera pas 75 pour 100 du nombre total des médecins inscrits et exerçant effectivement dans les localités à suppléments nationaux ou régionaux du département.

Enfin, comme contrôle, tous les *six* mois, le Conseil national fera parvenir au ministère du Ravitaillement un état numérique indiquant, par département, le nombre d'attestations délivrées et certifiant que ce nombre ne dépasse pas le pourcentage prescrit.

Conseil du Collège départemental de la Seine

Cotisation. — Le Conseil national de l'Ordre des médecins ayant fixé à 200 fr. la part que doivent lui verser les Collèges départementaux pour l'année 1944 ; par ailleurs, 30 fr. devant être versés au Conseil régional de Paris et 20 fr. au Comité de Coordination, le Collège départemental de la Seine s'est vu dans l'obligation de PORTER LA COTISATION POUR 1944 A 500 FR.

Nous prions les confrères du département de faire parvenir cette cotisation soit par chèque de banque, soit au compte de chèques postaux du Conseil de l'Ordre de la Seine (Paris 3.193.01).

Lait concentré. — La pénurie actuelle des approvisionnements en lait concentré sucré ou non sucré et la nécessité de constituer des stocks ont obligé le ministère à décider, à partir du 1er Janvier 1944, *l'abaissement de 18 à 12 mois, de l'âge limite au-dessous duquel les enfants peuvent obtenir une carte de lait concentré.*

Cette décision a été prise après avis unanime du Comité scientifique consultatif composé des plus hautes autorités de l'Académie de Médecine et, notamment, de spécialistes en pédiatrie et en alimentation des enfants.

Les demandes de dérogation seront tranchées après consultation du Comité scientifique consultatif. Toutefois, dans les cas très urgents ces dérogations pourront exceptionnellement être accordées localement et pour une durée maximum d'un mois par le directeur départemental du Ravitaillement général, après avis conforme de l'inspecteur départemental de la Santé[3].

Les rations seront les suivantes :

Lait condensé sucré : de 0 à 6 mois, 16 boîtes par mois ; de 6 à 12 mois, 20 boîtes. — Lait condensé non sucré : de 0 à 12 mois, 24 boîtes par mois.

Le nombre croissant des certificats ainsi délivrés, cause principale de l'augmentation de la consommation du lait condensé et de l'épuisement de nos stocks, risque, à l'heure actuelle, d'entraîner très rapidement une consommation *supérieure même à la production.*

Sans doute, ces certificats sont-ils souvent demandés par les familles dans la crainte d'un défaut dans les arrivages de lait frais. Mais les enfants nourris au lait frais peuvent, lorsque ce dernier fait défaut, recevoir du lait condensé non sucré à l'aide des tickets-lettres de leur carte de lait frais.

PRIX
de l'Académie des Sciences
attribués en 1943

MÉDECINE ET CHIRURGIE.

Prix Montyon. — Trois prix (2.500 fr.) à MM. LIÉGEOIS et SOHIER pour leur travail sur le rôle du service de Santé au Grand Quartier général (1939-1940) ; au Prof. NOBÉCOURT (Paris) pour son Précis de médecine des enfants ; à M. STEFANOPOULO (Institut Pasteur), pour ses travaux sur la fièvre jaune.

Prix Barbier (2.000 fr.) : à M. R. DESCHIENS (Institut Pasteur), pour ses recherches sur les Hyphomycètes capteurs des Nématodes.

Prix Bréant (5.000 fr.) : à M. BALOZET (Institut Pasteur de Tunis), pour ses études sur l'anémie infectieuse.

Prix Chaussier (10.000 fr.) : à MM. JUSTIN-BESANÇON (Paris) et LWOFF (Institut Pasteur), pour leur ouvrage intitulé : Vitamine antipellagreuse et avitaminose nicotiniques.

Prix Mège (1.000 fr.) : à M. BARRAUD, pour ses ouvrages intitulés : La puériculture éternelle et L'humanité et la médecine au XVIe siècle.

Prix du baron Larrey (1.000 fr.) : au médecin général COT, pour son ouvrage intitulé : Ecole pratique du secouriste spécialisé dans les soins aux asphyxiés du temps de paix et aux gazés du temps de guerre.

Prix Jean Dagnan-Bouveret (15.000 fr.) : à M. VINTEMBERGER (Clermont-Ferrand), pour l'ensemble de ses travaux d'embryologie expérimentale.

CANCER ET TUBERCULOSE.

Fondation Roy-Vaucouloux (6.000 fr.) : Arrérages à M. GUÉRIN (Paris), pour ses travaux sur le cancer expérimental.

Prix Louise-Darracq (6.000 fr.) : à M. HUGUENIN (Paris), pour l'ensemble de ses travaux sur le cancer.

Prix Dupuis (4.000 fr.) : à M. J. DELARUE (Paris), pour son travail sur : Le traitement des adénopathies du cancer de la langue.

PHYSIOLOGIE.

Prix Montyon (1.500 fr.) : au Prof. STROHL (Paris), pour son ouvrage : Conductibilité et excitabilité électrique du nerf.

STATISTIQUE.

Prix Montyon (1.000 fr.) : à M. DELAPORTE (Paris), pour son ouvrage intitulé : Evolution de la mortalité en Europe depuis l'origine des statistiques de l'état civil.

PRIX GÉNÉRAUX.

Prix Manjean (1.500 fr.) : à M. LAVIER (Paris), pour ses travaux sur la distomatose hépatique chez l'homme et sa prophylaxie.

Prix du général Muteau (20.000 fr.) : à M. MURAZ, médecin-colonel, pour ses résultats dans la lutte contre la maladie du sommeil.

Prix Marquet (4.000 fr.) : à M. RAYNAUD (Paris), pour ses recherches sur l'intersexualité expérimentale des mammifères.

Prix Laura-Mounier-de-Saridakis. — Deux prix de 7.000 fr. sont décernés : à M. LEMOIGNE (Institut Pasteur), pour ses travaux sur les fermentations ; au Prof. DOGNON (Paris), pour ses travaux de physique appliquée à la biologie et à la médecine.

FONDS GÉNÉRAUX DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES.

Fondation Loutreuil (subventions). — Ont été accordés :

12.000 fr. au Prof. JOLLY, (Collège de France), pour ses études d'embryologie expérimentale et particulièrement ses cultures des ébauches embryonnaires (rat, cobayes, batraciens) ;

8.000 f. à M. LOISELEUR (Institut Pasteur), pour ses recherches sur les relations entre la constance diélectrique et la structure des protéines ;

3.000 fr. à M. MAIGNON (Alfort), pour ses recherches sur une méthode générale de traitement des maladies microbiennes (tuberculose) ;

6.000 fr. à l'ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT, pour l'organisation d'un service de micro-film dans sa bibliothèque.

Fondations Villemot et Carrière. — 1.000 fr. ont été accordés à Mme DOBROVOLSKAÏA-ZAVADSKAÏA (Institut du Radium), pour son laboratoire de recherches sur le cancer.

FONDATIONS SPÉCIALES.

Fondation Gubal-Baral. — Deux allocations de 10.000 fr. sont accordées : à Mlle VANDEVEL, étudiante de 2e année à la Faculté de Médecine de Paris ; à M. REMOND, externe des Hôpitaux de Paris.

ACTES
réservés aux Docteurs en médecine

Pour l'application de la loi du 15 Novembre 1943 sur l'exercice de la médecine, sont considérés comme actes dont l'exécution est réservée aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine :

1° La prise de la tension artérielle ; 2° la ponction veineuse et l'injection intraveineuse ; 3° l'examen radioscopique et la prise de radiographies.

(*J. O.*, 11 Janvier 1944.)

Université de Paris

Faculté de médecine de Paris. — M. HAUDUROY est détaché à l'Université de Lausanne jusqu'au 30 Septembre 1945.

Cours de Pathologie chirurgicale (Prof. PETIT-DUTAILLIS). — M. FUNCK-BRENTANO, agrégé, a commencé son cours le 10 Janvier 1944, à 17 h., au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Il le continue les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure et au même lieu. — Sujet du cours : Généralités en pathologie chirurgicale.

— M. MENEGAUX, agrégé, a commencé son cours le 11 Janvier, à 18 h., au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Il le continue les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure et au même lieu. — Sujet du cours : Pathologie chirurgicale des membres et du rachis.

Clinique des maladies du système nerveux, Salpêtrière (Prof. M. GEORGES GUILLAIN). Des conférences neurologiques sur des sujets spéciaux seront faites à l'Amphithéâtre de la clinique Charcot à 10 h. 30.

28 Janvier. M. Mollaret : La rigidité de décérébration. — 17 Février. M. Lhermitte : Le zona. — 3 Mars. M. Garcin : Les paralysies diphtériques. — 24 Mars. M. André-Thomas : L'épilepsie réflexe. — 25 Avril. M. Alajouanine : La symptomatologie nerveuse du botulisme. — 2 Juin. M. Barré : Les troubles nerveux réflexes. Nouvel état de la question. — 30 Juin. M. Ivan Bertrand : Les données récentes de l'électro-encéphalographie. — 7 Juillet. M. Guillaume : Les hématomes intra-cérébraux spontanés et leur traitement chirurgical.

Un *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* est organisé avec le concours du Comité national de Défense contre la Tuberculose, par MM. E. RIST et P. AMEUILLE, avec la collaboration de MM. les professeurs F. Bezançon et J. Troisier, de MM. J.-E. Evrot, P. Pruvost et P. Jacob, de Mme Dubois-Verlière et de MM. C. Kudelski, V. Hinault, H. Milhiet, J.-M. Lemoine et J. Fauvet.

Ce cours, d'une durée de 4 semaines, commencera le lundi 6 Mars 1944, à 9 h. 30, à l'hôpital Cochin (pavillon Claude-Bernard). Il se composera d'exercices pratiques et de leçons magistrales sur les techniques de diagnostic et de traitement en phtisiologie.

Le Comité national a institué un certain nombre de bourses. S'adresser à M. Evrot, 66, bd Saint-Michel, Paris-6e.

Droits, 250 fr. Inscriptions reçues au Secrétariat de la Faculté.

Universités de Province

Un *Enseignement des techniques de laboratoire appliquées aux analyses biologiques et chimiques* vient d'être créé à la Faculté de Médecine de Lyon. Cet enseignement de 4 mois comprend une section biologique (techniques bactériologiques, sérologiques, histologiques et hématologiques) et une section chimique (techniques analytiques) et commencera le 1er Mars 1944.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Lyon (avenue Rockfeller), du 20 Janvier au 25 Février. [Nombre de places limité à 20 ; Droits, 2.000 fr. (laboratoire) + 550 fr. (Université).] Un certificat sera délivré aux élèves qui auront satisfait à l'examen.

Faculté de médecine de Marseille. — M. BALANSARD, agrégé pérennisé, est provisoirement chargé du service de la chaire d'histoire naturelle (M. Garriel, démissionnaire).

— M. SALMON, agrégé, est nommé, à titre provisoire, professeur d'anatomie en remplacement de M. Corsy, décédé.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. AIMES, professeur sans chaire, est provisoirement chargé du service de la chaire de clinique gynécologique. — M. CADERAS DE KERLEAU, agrégé, a été chargé d'un enseignement d'obstétrique théorique. — M. BONHOMME, assistant délégué d'histologie, a été chargé des travaux pratiques. — M. René BOSC a été nommé chef de clinique médicale infantile. — MM. Pierre PASSOUANT et André VEDEL ont été nommés chefs de clinique médicale (service du Prof. L. RIMBAUD). — M. GUIDONI a été chargé des fonctions de chef de clinique ophtalmologique. — M. Albert COURTY a été prorogé chef de clinique chirurgicale. — Mlle GUYON a été nommée monitrice d'ophtalmologie.

Ecole de médecine d'Angers. — M. LAFFARGUE, professeur suppléant de pharmacie et matière médicale, est provisoirement chargé des fonctions de professeur de chimie biologique et analytique.

Ecole de médecine de Dijon. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicales s'ouvrira le 10 Juillet 1944 devant la Faculté de Médecine de Lyon. Inscriptions jusqu'au 10 Juin.

---

2. Voir *La Presse Médicale*, 1944, n° 1, 13.

3. Pour la Seine, la demande de dérogation devra être adressée par le représentant de l'enfant au Contrôle médical des régimes, 47, rue des Francs-Bourgeois, Paris, accompagnée d'un certificat médical légalisé, indiquant avec l'âge de l'enfant la durée de l'attribution et les raisons médicales justifiant la nécessité absolue et l'urgence de cette attribution.

Concours et places vacantes

Electro-radiologiste des hôpitaux (3e CONCOURS) 1 PLACE. Mlle MARQUIS a été nommée.

Assistants d'ophtalmologie des hôpitaux. — 1 PLACE. *Jury définitif* : MM. Coutela, Cerise, Velter, Prélat, Favory, Parfonry, Renard. — Médecin : M. Tinel. — Chirurgien : M. Maurer.

Médecin des hôpitaux de Lyon. — A la suite du dernier concours, M. M. JEUNE a été nommé.

Attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris. — Un concours pour 8 places (au maximum) sera ouvert le 20 Mars 1944. Inscriptions du 17 au 29 Février, 3, avenue Victoria et par correspondance.

Concours spécial d'internat des Hôpitaux de Paris. — Ce concours spécial pour la nomination à des places vacantes le 15 Avril sera réservé aux élèves externes en médecine des hôpitaux de Paris des promotions 1938 et antérieures ayant été mobilisés et n'ayant participé à aucun des concours annuels d'internat ouverts depuis le 1er Octobre 1911.
Inscriptions du 24 Janvier au 1er Février 1944.

Internes de la maison Saint-Lazare. — Un concours pour 3 places de titulaires et 6 places de provisoires aura lieu le 6 Mars 1944 à la Préfecture de Police. Inscriptions jusqu'au 5 Février 1944 à la sous-direction du personnel.

Hospices de Dijon. — Un concours pour : un poste de *chirurgien urologiste adjoint* et un *poste de chirurgien adjoint de chirurgie infantile* aura lieu en Avril 1944 devant la Faculté de Médecine de Lyon.
S'inscrire auprès du Directeur régional de la Santé, 3, place Ernest-Renan, Dijon.

Nouvelles diverses

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le Dr Jules RENAULT a été maintenu, pour l'année 1944, *président délégué*; MM. BROUARDEL et TANON restent *vice-présidents*.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine. — M. le Prof. TANON a été nommé vice-président de cette Assemblée pour 1944, au titre de la Préfecture de Police.

Comité permanent de la médecine du travail. — M. le docteur GIRY, médecin inspecteur général, chargé de la direction des services de la Main-d'Œuvre, est nommé membre de ce Comité.

(*J. O.*, 13 Janvier 1944.)

Comité national de l'enfance. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET JOURNÉE D'ÉTUDES DU 9 DÉCEMBRE 1943. Après réunion du Conseil d'administration, sous la présidence de M. le Prof. BRINDEAU, le docteur LESNÉ, membre de l'Académie de Médecine, fut élu président à l'unanimité en remplacement du Prof. Nobécourt, décédé récemment.
Des rapports documentés furent exposés par MM. Bize, Hudelo, Eck et Gallot.

Médecine et famille. — Les prochaines séances auront lieu les 13 Février et 14 Mai, 60, boul. Latour-Maubourg, Paris.
Pour connaître les questions à l'ordre du jour s'adresser au secrétariat, 28, place Saint-Georges, Paris.

Société des Médecins inspecteurs des Ecoles de la ville de Paris et de la Seine. — BUREAU POUR 1944 : *Président* : M. CAYLA : *vice-présidents* : M. KERVAREC, Mme ARDOIN-LINOSSIER, M. CONY. — *Secrétaires généraux* : MM. LAUNAY et BOULANGER-PILET. — *Secrétaires des séances* : M. LONGEPIERRE, Mme LAROCHE, M. P. BOULENGER. — *Trésoriers* : MM. MATHÉ et BAILLET.

Subvention de 100.000 fr. aux médecins sinistrés. — Le docteur LANDRIN a fait parvenir à l'Ordre des médecins, au nom des Laboratoires du Léniforme et de la Lénifédrine, la somme de 100.000 fr., dont moitié pour les médecins sinistrés de la Seine et moitié pour ceux de province.

Conseillers techniques médicaux. — Sont nommés : auprès du directeur de l'Administration générale et du personnel : Dr ECK; au Commissariat à la main-d'œuvre : Prof. PARISOT et Dr SUREAU; auprès du directeur du Travail : Drs ECK, GROS, WINTER; auprès du directeur de l'Organisation sociale : Dr SUREAU.
M. SUREAU sera président du Comité central des conseillers; M. ECK, vice-président.

La Ligue française d'éducation physique organise depuis le 12 Janvier, sous la direction du docteur BALLAND, deux sessions d'information sur la gymnastique corrective de 12 séances chacune, à l'hôpital Léopold-Bellan, à l'intention des médecins et professeurs d'éducation physique. Inscription : 300 fr. auprès de M. Grozelier, 8, rue du Puits-de-l'Ermite, Paris-5e. Tél. : Por. 02-67.

Conférence du Dr Helmut Ruska. — Le Dr HELMUT RUSKA, directeur du Laboratoire de Microscopie électronique de la maison Siemens et Halske, à Berlin, parlera le lundi 24 Janvier, à 20 heures à la Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, sur *les méthodes et résultats de l'ultramicroscopie dans la recherche médicale*. (La conférence sera illustrée par des photos et un film.)

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier (à titre posthume). — Médecin lieutenant BARBIER, du 42e régiment d'infanterie. — Médecin lieutenant MEFFANG, de l'hôpital complémentaire du Grand Séminaire de Rennes.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES

Médaille d'or (à titre posthume). — Dr P. CAMELAT (Luxey, Landes).
Médaille de vermeil (à titre posthume). — M. LUCIEN BASTIEN (Paris).
Médaille d'argent. — Mme le Dr SORREL-DÉJERINE (Paris).
Médailles de bronze. — M. G. GARROUSTE (Narbonne), Mlle J. LAUNOIS (Grenoble), médecin commissaire assistant MILLET (Saint-Laurent-du-Pont), MM. VANEECLOO (Sainte-Gemmes-sur-Loire), LÉON DUMEZ (Lille), Dr SALEMBIER (Lille), Dr A. COURTIN (Vimoutiers), Mlle GAMEL (Lyon), Mlle BRUNEL (Paris), M. CIRILLI (Paris), M. LE NAIL (Paris), M. RIPART (Paris), Dr MOINS (Châlus).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame LOUIS LOTIRON sont heureux de faire part de la naissance de leur 3e enfant, *François*. (Nevers, 6 Janvier 1944.)
— Le docteur PIERRE FEYEL et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur 5e enfant, *Jean-Claude*. (Paris, 25 Décembre 1943.)
— Le docteur et Madame PAUL LOSAY sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean*. (Rouen, 19, rue de la Rampe.)
— Le docteur et Madame SAMAIN-DE COENE ont le plaisir d'annoncer la naissance d'une fille, *Ariane, Coralie*. (Courtrai [Belgique], le 10 Décembre 1943.)
— Le docteur G. CHOUINARD et Madame ont la joie d'annoncer la naissance de leur 3e enfant, *Catherine, Marie, Béatrice*. (Essonnes, 16 Décembre 1943.)
— Le docteur Jacqueline JUSTER nous prie d'annoncer la naissance de son fils *Patrice Van Lerberghe*. (10 Janvier 1944.)

Fiançailles.

— Le docteur et Madame RENÉ ONFRAY sont heureux d'annoncer les fiançailles de leurs fils *Michel* avec Mademoiselle Magdelaine Chéret. (Paris, 6, avenue de la Motte-Picquet.)

Mariage.

— On annonce le mariage de Mlle Bénédicte Armand-Delille, fille du docteur Paul ARMAND-DELILLE (Paris), avec M. Gérard du Pasquier, fils du docteur E. DU PASQUIER (Saint-Honoré-les-Bains).

Décès.

— On annonce le décès du docteur JACQUES GIRARD, chirurgien honoraire des Hôpitaux de Grenoble.
— On annonce également le décès : du docteur EYRAND-JOLY, d'Evian, frère du docteur EYRAND-JOLY, de Montpellier, mort assassiné; — du docteur PAUL VIGNÉ, d'Octon; — du docteur MONTAGNIER, de Cavaillon; — du docteur MARTEL, de Sète; — du docteur ANDRÉ PANTEL, d'Alès; — du docteur LUGAND, de Mèze, médecin des sanatoriums; — du docteur Maurice LE BLOND, de Paris.
— On annonce le décès, à Paris, à l'âge de 17 ans, de M. CLAUDE PLÉ, petit-fils du docteur THÉPÉNIER.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 12 JANVIER 1944. — M. Kaeppelin : *Deux observations nouvelles d'actinomycose primitive de la langue*. — M. Gilard : *Contribution à l'étude de la physiologie des indications et des contre-indications des sports d'altitude*. — M. Louin : *La leptospirose à Leptospira grippo-typhosa (la fièvre des marais)*.
JEUDI 13 JANVIER. — M. Vosgien : *Les cavernes soufflées éclatées dans la plèvre*. — M. Rousseau : *Recherches sur le choix des méthodes dans le traitement chirurgical de la prognathie mandibulaire*. — M. Gourdin : *A propos d'une observation d'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un nouveau-né*.

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MERCREDI 12 JANVIER. — M. Laurain : *Les déviations rachidiennes chez les équidés*. — M. Dufour : *La ligature élastique en chirurgie vétérinaire*. — M. Jouannet : *Etiologie et diagnostic étiologique de l'avortement chez la brebis*. — M. Neuyen The Thom : *Les facteurs héréditaires de l'avortement*.

Bordeaux

DIPLÔME D'ETAT.

10-15 JANVIER 1944. — M. Tingaud : *Contribution à l'étude de certaines tumeurs malignes du tissu graisseux*.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Toutes les offres d'emplois doivent comporter un visa de l'Inspection du travail.

Jne médecin lic. ès sciences, très actif, ch. poste représentant produits pharmaceutiques. Ecr. *P. M.*, n° 341.

A céder clientèle région minière Nord proximité gr. ville, logement, chauffage. Ecr. *P. M.*, n° 355.

Prospecteur médical cherche Laboratoire spécialités pour rég. Marseille, Bouches-du-Rhône, Var et Gard. Ecr. Gervais, 1, place du Change, Marseille (B.-du-R.).

Cherche acheter ou louer Laboratoire ou vaste local industriel, 1.000 *m²* minimum, couvert. Ecr. *P. M.*, n° 359.

Recherche Encyclopédie médico-chirurgicale, poumons et cœur, à jour. Echangerais éventuellement vol. Dermatologie, état neuf, complet. Ecr. *P. M.*, n° 364.

Laboratoire de spécialités, rech. pharmacien expérim. pour diriger la prospec. médic. et pharm. Sér. réf. exig. Service Pharmacie, 21, rue des Tournelles, Paris. Visa n° 06.153 S. E. T.

Recherche microscope immersion gross. environ 1.000. Bon état. Ecr. *P. M.*, n° 371.

A vendre instruments divers : pinces différents modèles, speculum, béniqué, forceps. Ecr. *P. M.*, n° 372.

Chirurgien désire louer ou sous-louer ou avoir disposition local professionnel 2 après-midi par semaine. Ecr. *P. M.*, n° 381.

Médecin actif, 40 a., au courant de la clientèle, 10 ans de pratique médicale, ch. rempl. toute durée zone sud seulement. Dr Sigal, chez le Dr Thée, Annemasse (Haute-Savoie).

Visiteuse médicale active, excellentes références, cherche s'adjoindre Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 390.

Etudiant médecine, fils de méd., ch. préfér. ch. méd. quart. latin ou pr., une chamb. chauf., spacieuse, aér. av. petit déjeun. Ecr. prix mens. à Dr Muraz, 57, av. d'Italie, Paris-13e.

Infirmière et aide très expérimentée en électro-radiologie, ch. situation à Paris, fournirait références. Ecr. *P. M.*, n° 395.

Médecin cherche poste à créer ou collaboration avec médecin surchargé. Rég. indif. Ecr. *P. M.*, n° 405.

Cherche place assistant ou médecin dans sana, prévent. etc., Centre de France. Long exerc. de méd. Ecr. *P. M.*, n° 407.

Infirmière diplômée, sér. référ., ch. poste direction clinique ou panseuse anesthésiste Paris ou prov. Ecr. *P. M.*, n° 408.

Cherche place assistant, aide, dans clinique parisienne. Long exercice médecine. Ecr. *P. M.*, n° 410.

Table chirur. neuve à pompe pour us. gynéc. et urol. commande Tredel, à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 412.

Externe hôp. fin d'ét., ch. aide bénév. méd. biol. Ecr. *P. M.*, 413.

Médecin ch. ds cliniq. ou maternité, Paris, local pr traitem. physiothér., nécessitant hospitalis. Ecr. *P. M.*, n° 414.

A louer pr clinique ou vendre mais. 30 p. tt. confort., jard. 3.000 *m.*, à 4 *km.* Paris banl. sud. Ecr. *P. M.*, n° 415.

Dame cinquant., dipl. Cr-R., secrét. médic., connaissant angl. et allem., excel. santé, donneuse de sang, ch. empl. Paris ou bord mer. Ecr. *P. M.*, n° 416.

A vendre : 2 appareils Ombrédanne neufs, 1 appareil Talheimer av. 12 capsules CO^2 Sparklets. Ecr. *P. M.*, n° 417.

Femme médecin, ex-interne hôp. Paris et son mari gestion. collectivité, rech. poste double ds établissement sanitaire, prov. de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 418.

Matériel radiologique radiogénérateur Securix 845 et accessoires absolum. neufs disponible. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 419.

Vendre app. diathermie marque Diathermigène parf. état. Téléph. Tro. 46-87.

Visiteur médic. chir. dent. D. F. M. P., tr. sér. et act. visitant Rhône, Loire, Haute-Loire, P.-de-D., Drôme, Isère, Ain, s'adjoindr. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 421.

Région ouest, visiteur médical, excell. référ. tr. bien introduit Corps médic. hôp., ch. Labo en exclusivité. Ecr. *P. M.*, n° 422.

Pharmacien, lic. ès sciences, ch. emploi à Paris pr après-midi seulement (recherches ou officine). Ecr. *P. M.*, n° 423.

Infirmière dipl. d'Etat, dipl. sténo-dact., sér. référ., ch. secrétariat médic. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 424 ou tél. Mar. 72-34.

Visiteur médic. visitant dep. nombr. années corps médic. parisien pr anc. et tr. important Labo, dem. représentation un ou deux prod. en collab. Ecr. *P. M.*, n° 425.

Radiologue 120 *km.* Paris ch. méd. assist. ou assoc. au cour. phtisiol. et si poss. électro-radioth., conv. doct. Fixe ou pourcent. Ecr. *P. M.*, n° 426. Visa n° 479 *bis* I.R. 8 Elbeuf.

Infirmier salle opérations muni référ. 1er ordre, dem. place mais. santé Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 427.

A vendre : microsc. Reichert, object. immers. 1/12 ; 4 obj. et 3 ocul. Labo Hardy, 22, r. Fr.-Bonvin, Paris.

Jne médecin et sa femme, 20 inscriptions, cherchent empl. clin., hôp. ou autre établissem. Per. prétent. Ecr. *P. M.*, n° 429.

A vendre poste radiol. compr. meuble Ledoux-Lebard 110 v., cour. cont. av. pied Drault et amp. Collidge. Ecr. *P. M.*, n° 430.

Biochimiste, bien introd. rég. lyonn. et Sud-Est, ch. visite médic. ou représentation pharmac. de bons Labos. Ecr. *P. M.*, n° 431.

Poste radiologiste clinique chirurg. Paris occupé par même titul. depuis 20 a., vacant. Condir. : agrément des chirurg. et repr. 90.000 mat. moderne complet. Ecr. *P. M.* n° 432.

Jne fille licenciée en droit recherche situation secrétariat demi-journée après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 433.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine).
Numéro d'autorisation 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ENDOMÉTRIOME DE CICATRICE OPÉRATOIRE

PAR MM.

H. MONDOR et **L. LEGER**

(Paris)

Si l'affirmation clinique d'endométriome, par les gynécologues et les chirurgiens, est un peu moins assurée qu'elle ne le sera bientôt, la notion de cicatrice opératoire ajoute assez de facilité au diagnostic exact, pour que celui-ci, dans ces cas particuliers, soit à peu près sans mérite.

Nous avons observé, en Juin 1942, une jeune femme de 30 ans, venue pour des phénomènes douloureux, progressivement insupportables, de la région inguinale droite.

La malade racontait avoir subi, en 1938, en Suisse, par incision de Pfannenstiel, une opération stérilisante : ligature des deux trompes. Deux ans plus tard étaient apparues des douleurs dans la moitié droite de la cicatrice. Peu à peu, de légères elles étaient devenues vives et de périodiques presque incessantes. Au début, elles duraient huit à dix jours par mois : deux jours avant les règles, deux jours après les règles et pendant tous les jours menstruels.

Depuis quelques mois elles étaient presque continues, avec un maximum très net pendant la semaine qui suivait l'indisposition. Elles n'étaient exagérées par les rapports que dans cette post-menstruelle et siégeaient dans l'extrémité droite de la cicatrice opératoire, transversale, sus-pubienne; surtout en un point où la malade, depuis six mois, avait dit sentir un petit nodule, du volume d'une cerise, qu'elle croyait être un fibrome. Son médecin, qui n'a convenu qu'assez récemment de l'existence de ce noyau, a avoué être ignorant de sa nature.

Ce nodule est dans la paroi abdominale, à hauteur de l'orifice inguinal externe. La contraction musculaire le fixe et semble le faire plus perceptible encore. La douleur, à son niveau, est si nette et le cycle des phénomènes subjectifs si précis qu'après avoir écarté toute idée d'éventration ou de fibrose, autour d'un corps étranger, nous disons à la malade qu'il s'agit sans doute d'une petite tumeur de structure analogue à celle de la matrice et sans aucune malignité. Les raisons d'intervenir sont faciles à faire entendre.

L'intervention est pratiquée peu de jours plus tard, avec le diagnostic d'endométriome de cicatrice. Dès que nous arrivons sur la tuméfaction, nous lui voyons une coloration bleuâtre, une surface extérieure sans capsule et sans limite franche. Nous l'enlevons largement et avec elle un fragment de l'aponévrose du grand oblique. Le nodule n'adhère ni au péritoine, ni au ligament rond. Il tient un peu au bord externe de la gaine fibreuse du muscle droit. A la coupe macroscopique, son aspect sanguin fortifie nos impressions cliniques. Quelques jours après l'examen histologique (M[lle] P. Gauthier-Villars) les confirme.

Pendant les deux premiers mois qui suivent l'acte opératoire, la malade se plaint, de temps en temps, de douleurs assez analogues à celles pour lesquelles elle souhaitait un traitement radical. Les trois mois qui viennent après sont marqués par une indolence locale absolue. Et puis, deux mois encore, quelques douleurs légères et sans rythme cyclique sont revenues. Quinze mois après l'intervention on ne sent plus rien où se trouvait la tuméfaction, les douleurs ont cessé, la malade se dit guérie.

Deux points de cette observation valent réflexion : la localisation latérale de l'endométriome, son développement après une intervention qui n'a pas intéressé la cavité utérine.

Le développement d'un endométriome, sur cicatrice d'incision de Pfannenstiel, est loin d'être exceptionnel, puisque sur 108 endométriomes pariétaux, après laparotomie, dont la topographie avait été précisée par les auteurs, Harbitz en pouvait relever 27 après incision transversale[1].

Pour quelques-uns de ces cas le siège de l'endométriome était latéral, plus ou moins près des extrémités de l'incision.

« Il est à noter, soulignait Harbitz, que dans certaines cicatrices, consécutives à des incisions de Pfannenstiel, où le péritoine a été incisé longitudinalement, la formation endométriale s'est développée à la partie latérale de l'incision, c'est-à-dire à quelque distance de la cicatrice péritonéale et souvent de façon complètement indépendante d'elle. » Quelquefois, la situation latérale est facile à expliquer : par exemple dans l'observation d'Haselhorst, où l'endométriome s'est développé dans l'épaisseur du ligament rond, celui-ci ayant été attiré dans la paroi en vue d'une hystéropexie.

La superposition des lignes de sutures cutanée et séro-aponévrotique, habituelles dans la plupart des laparotomies, constante pour les médianes, pourrait aider à admettre la pathogénie métaplasique de l'endométriose cicatricielle, par inclusion intra-pariétale d'une lèvre de la brèche péritonéale. Si un endométriome se développe à partir de cette inclusion séreuse, il sera presque forcément situé sur la ligne médiane.

Par contre, chez notre malade, la situation latérale de cet endométriome cicatriciel ne saurait facilement s'expliquer, si l'on s'en tient à la *théorie métaplasique*. Comment admettre une hétérotopie du péritoine de pareil siège, après une opération qui comporte la disposition croisée des incisions superficielle et profonde, l'une cutanée transversale, l'autre musculo-séreuse verticale et médiane ?

Un endométriome médian, après incision de Pfannenstiel, n'est argument pour aucune des théories pathogéniques de l'endométriome. La situation latérale de la tumeur constitue, au contraire, un argument contre la théorie métaplasique dont le déclin commence ; mais va-t-elle jusqu'à plaider en faveur de la *greffe* d'une parcelle de muqueuse utérine ?

La topographie latérale de cet endométriome de cicatrice est au premier abord assez déroutante, même avec l'hypothèse de la greffe ; mais si l'on regarde d'un peu plus près, l'on s'aperçoit que ce sont les cornes de l'incision de Pfannenstiel qui sont les plus exposées à recevoir des fragments de muqueuse utérine, source possible de futurs endométriomes.

Après incision transversale des téguments, en effet, et décollement de la lèvre supérieure de l'incision, on fend l'aponévrose et le péritoine sur la ligne médiane ; la mise en place habituelle d'une valve sus-pubienne protège le tissu cellulo-graisseux du lambeau cutané inférieur dans sa partie moyenne, tandis que les angles latéraux de l'incision s'ouvrent largement au point de venir à peu près se superposer à la brèche péritonéale.

Les compresses abdominales mises en place pour refouler le grêle masquent la partie moyenne de la lèvre supérieure de la brèche cutanée. A moins que les champs destinés à border la plaie aient été fixés au péritoine et non à la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané des parties latérales de l'incision se trouve ainsi le plus découvert.

En admettant l'hypothèse plausible d'une greffe, à partir de quel organe a pu se faire « l'inoculation pariétale » ?

La succession des phénomènes est plus claire chez les malades qui ont subi une hystérectomie ou une hystéropexie. Lorsque l'intervention s'est bornée à une stérilisation par ligatures ou exérèse des trompes, l'acte opératoire n'ayant comporté, à aucun moment, l'ouverture de la cavité utérine, le déterminisme est moins évident.

Il existe plusieurs cas d'endométriomes consécutifs à des interventions de ce type : ceux de Legerlotz, Tobler, Peter, etc...

Peter a vu deux cas d'endométriome pariétal, après amarrage des trompes à la paroi, dans un double but d'hystéropexie et de stérilisation. Ce procédé, dit de Menge, très en faveur en certains pays, expose, suivant Peter, au développement d'un endométriome. Dans une de ces observations, on trouva une trompe pénétrant véritablement dans la paroi et aboutissant à la tumeur endométriale. Peter se demandait si, en pareil cas, il y avait eu prolifération de la muqueuse utérine le long des parois tubaires jusqu'aux muscles pariétaux, ou si des cellules de l'endomètre, charriées par le sang menstruel, s'étaient fixées dans la paroi.

D'autres auteurs (Sampson, R. Meyer) ont fait intervenir l'endométriose fréquente du premier segment de la trompe, sans parler des fragments libres d'endomètre décelés parfois dans la lumière tubaire. Philipp et Huber (1939), se basant sur 20.000 coupes en série, insistent sur la fréquence de l'endométriome du segment interstitiel de la trompe, dû à la prolifération directe et continue de la muqueuse utérine. La zone limite entre les muqueuses tubaire et utérine se trouverait plus en dehors que normalement.

Tous ces détails pathogéniques sont d'ailleurs admirablement confrontés dans le rapport de P. Brocq et J. Varangot auquel il y a plaisir à renvoyer.

Sans supposer, chez notre malade, l'existence d'un endométriome tubaire sur lequel aurait porté accidentellement la piqûre ou la section, il est plus facile d'admettre que l'intervention pratiquée ait atteint un segment tubaire tapissé de muqueuse utérine, aux dépens de laquelle a pu se produire l'implantation pariétale. Si celle-ci s'est faite dans la partie latérale de l'incision cutanée, et s'il ne s'agit pas de *métastase* par voie sanguine, ne serait-ce pas parce que cette zone, après mise en place de la valve et des compresses abdominales, se trouve être la moins préservée ?

1. L'on peut noter, de plus, que sur 15 observations d'endométriomes cicatriciels appartenant à Harbitz, 4 sont survenues après incision de Pfannenstiel.

LOBECTOMIE POUR BRONCHIECTASIES PAR LIGATURES ISOLÉES DES ÉLÉMENTS DU PÉDICULE

PAR MM.

P. SANTY, M. BÉRARD, M. LATARJET et **F. MAGNIN**

(Lyon)

Si bon nombre de bronchiectasies — dans les formes graves de cette affection — ressortent à l'heure actuelle du domaine chirurgical, multiples sont les problèmes qui se discutent encore tant dans le choix des malades à soumettre à l'intervention que dans les modalités techniques mêmes de la lobectomie. Seul nous retiendra aujourd'hui ce problème technique.

La possibilité de disséquer méthodiquement le pédicule lobaire, d'en isoler les éléments — artères, veines, bronches — et d'en pratiquer la ligature ou suture temps par temps, représente un incontestable progrès sur la technique classique de la lobectomie au tourniquet. Ingénieux artifice opératoire, le garrot de Brunn et Shenstone est passible néanmoins des critiques imputables à tout procédé de « ligature en masse » : moindre sécurité de l'hémostase immédiate, nécrose secondaire d'un volumineux moignon, risque alors sinon d'hémorragies tardives, du moins de fistule bronchique à peu près fatale. Ces critiques ne sauraient être sévères contre un procédé technique, qui, aplanissant une des difficultés majeures de la lobectomie — le temps pédiculaire — a rendu possible une intervention hérissée à ses débuts d'embûches de tous ordres, et dont il con-

venait de sérier les risques multiples. Et ces critiques seraient d'autant plus injustifiées que, nous le verrons, certains pédicules pulmonaires remaniés par l'infection, sclérosés, épaissis, s'opposent à toute dissection réglée : force est alors d'avoir recours au tourniquet qui reste un instrument indispensable en chirurgie thoracique. Cependant, dans nos trois derniers cas de lobectomies pour bronchiectasies chez l'adulte, où nous avons pu nous passer du garrot et pratiquer la ligature isolée des éléments du pédicule, la remarquable simplicité des suites opératoires et la perfection du résultat définitif ont marqué pour nous un progrès réel dans cette chirurgie d'exérèse.

Observation I. — M. Caz..., 23 ans, nous est confié par le Prof. agrégé d'Hour, de Lille. Début de l'affection en 1935 : épisode pulmonaire aigu avec température et hémoptysies. Persistance d'hémoptysies durant six mois. Puis, expectoration purulente, abondante et continuelle, qui fait réformer le malade en 1940. Echec de tous traitements médicaux, entre autres lavages des bronches. Hospitalisé à Lyon en Mars 1943 : grosses bronchiectasies localisées au lobe inférieur gauche et lingual (lipiodol face et profil). Atélectasie lobaire très marquée. Après deux mois de postural, drainage intensif, expectoration très réduite, permettant l'intervention. Pneumo pré-opératoire quatre jours avant celle-ci.

Opération le 6 Mai sous anesthésie locale : grande thoracotomie dans le 7e espace, sans résection costale. Pneumo bien équilibré. Adhérences légères de la face diaphragmatique du lobe, de libération très aisée. La grande scissure se décolle bien. On en profite pour faire une lobectomie avec ligatures isolées des éléments du pédicule. On individualise très bien une veine supérieure qui est liée. On isole ensuite la bronche, qui est sectionnée entre deux clamps. La partie vasculaire du pédicule apparaît alors très facilement : on ligature successivement l'artère et la veine inférieure. Bronche fermée par points séparés à la soie en deux plans. On s'attaque alors à la lingula du lobe supérieur, nettement malade, violacée et adhérente aux franges graisseuses du péricarde. On l'isole avec des pinces à pédicule et on en pratique l'exérèse au ciseau. Hémostase par des points totaux au catgut chromé. Drain de Monod dans le 9e espace et fermeture du thorax plan par plan.

A l'examen de la pièce : très grosses bronchiectasies localisées à la partie inférieure du lobe.

Suites opératoires simples. Intégralement guéri la troisième semaine, sans fistule bronchique; drain pleural supprimé. Aucune expectoration depuis lors. A repris une vie active.

Observation II. — Mlle Vol..., 16 ans. Bronchites traînantes dans l'enfance. Depuis un an, recrudescence telle de la toux et de l'expectoration que la malade est envoyée à Hauteville. Diagnostic corrigé au sana Mangini, d'où elle nous est envoyée pour dilatations bronchiques lobaires inférieures gauches. A son entrée à l'hôpital, expectoration de 100 cm^3 par jour, ramenée à 20 cm^3 en deux mois et demi de postural, drainage intensif.

Opération le 27 Juillet 1943 sous anesthésie locale (pneumo quarante-huit heures auparavant). Thoracotomie dans le 7e espace. Symphyse très partielle du sinus costo-vertébral. Scissure en symphyse lâche libérée très facilement. On pédiculise facilement le lobe inférieur et on arrive à très bien voir les éléments du pédicule. On attaque d'abord une veine supérieure : section entre deux ligatures ; puis, l'artère est liée. On s'attaque ensuite à la bronche, qui est déjà divisée en deux branches, que l'on sectionne entre deux clamps. On pratique alors la ligature de la grosse veine inférieure, très loin du péricarde. Fermeture des bronches par deux points d'angle à la soie, un surjet sur la tranche et des points en U en amont du surjet. Drainage dans le 9e espace et fermeture du thorax.

Examen de la pièce : série de très grosses bronchiectasies à parois très épaisses.

Suites des plus simples. Pas de fistule bronchique. Drainage supprimé à la quatrième semaine. Guérison intégrale.

Observation III. — Mlle Del..., 16 ans. Nous est adressée par M. Colomban, de Grasse. Bronchopneumonie à l'âge de 6 mois. Depuis lors, tableau typique de bronchiectasies. Expectoration sous forme de petites vomiques fractionnées. Lipiodol : dilatation du lobe inférieur gauche et de la lingula, s'accompagnant d'un degré extrême d'atélectasie lobaire. Après un mois de postural, drainage intensif, expectoration très diminuée permettant l'intervention.

Opération le 29 Juillet 1943 sous anesthésie locale (pneumo pré-opératoire quarante-huit heures auparavant). Thoracotomie dans le 7e espace sur pneumo bien équilibré. Lobe inférieur très réduit de volume, en grande partie caché par le lobe supérieur, entièrement atélectasié. Interlobe facilement libéré : le lobe malade est progressivement isolé. Section première du ligament triangulaire. Libération de la face antérieure du pédicule pulmonaire d'avec le péricarde. On attaque alors le pédicule par le pôle supérieur. Il existe de gros ganglions, qui sont assez faciles à libérer; puis on ligature l'artère et une veine supérieure. On libère la bronche que l'on sectionne entre deux pinces et on termine par la ligature de la veine inférieure. Fermeture de la bronche en deux plans à la soie. On s'attaque alors à la lingula, dont les bronches dilatées sont perceptibles. On en pratique l'ablation après l'avoir isolée par des pinces. Fermeture de la bronche à la soie et suture du parenchyme au catgut. Drain de Monod dans le 9e espace. Fermeture du thorax.

Examen de la pièce : grosses bronchiectasies. Parenchyme entièrement atélectasié.

Suites très simples. Petit épanchement séreux cloisonné du sommet, qui est ponctionné. Apparition, à la quatrième semaine, d'une fistule bronchique peu importante, fermée actuellement.

Données techniques de la lobectomie par ligatures isolées.

Un pneumo ayant été créé dans les jours qui précèdent l'intervention, une large thoracotomie postéro-latérale est pratiquée dans le 7e espace sous anesthésie locale. Le lobe malade, immédiatement reconnaissable à sa coloration ardoisée et son état d'atélectasie plus ou moins marquée, est libéré de ses adhérences pariétales : temps rapide et exsangue en cas de brides inflammatoires lâches ; manœuvre plus laborieuse lors de symphyse étendue et serrée, nécessitant une dissection prudente et un clivage progressif du lobe à l'aide de tampons montés imbibés de novocaïne. Une particulière minutie est de rigueur dans la libération de la face médiastinale, zone réflexogène par excellence. Le ligament triangulaire, toujours facile à individualiser et sectionné entre 2 pinces, reste le clivage de l'interlobe dont la difficulté est des plus variables, selon la netteté et la profondeur de la scissure et le degré des adhérences pleurales. L'éraillure du parenchyme doit être évitée à tout prix dans ce temps : danger de contamination du champ opératoire lors d'ouverture de cavités septiques du lobe malade ; difficulté de réexpansion immédiate du lobe sus-jacent, en cas de déchirure de son parenchyme. Là encore, la lente dissection aux ciseaux mousses laissera souvent le pas à une libération prudente aux tampons montés.

Le lobe ainsi isolé et légèrement extériorisé par une traction douce reste amarré par son triple pédicule bronchique, artériel et veineux. Or, ces éléments ne sont pas immédiatement visibles, même après une dissection poussée, masqués dans bien des cas par une adénopathie hilaire parfois volumineuse. Leur ligature, par ailleurs, requiert les plus grandes précautions, au risque de compromettre la vascularisation ou l'aération du lobe sus-jacent. Assez voisine de l'artère lobaire inférieure naît une branche récurrente destinée à un territoire segmentaire du lobe supérieur, mais surtout la première branche de division dorsale de la bronche lobaire inférieure peut être en regard même de la bronche lobaire moyenne à droite, à peu de distance de la bronche de la lingula à gauche. Des études anatomiques de Brian Blades [1], élève de Graham, ont précisé ces données, qui ont été vérifiées sur le cadavre par deux d'entre nous [2].

Ainsi, la découverte des éléments pédiculaires doit-elle se faire, non dans la scissure, mais à *l'origine même du lobe inférieur*. La bronche, volumineuse et rigide, constitue alors un repère précieux. C'est sur son plan résistant que vient buter la spatule mousse du dissecteur à la recherche des vaisseaux par dissociation du parenchyme pulmonaire. L'abord postéro-latéral de la scissure interlobaire permettra d'individualiser dans un premier temps l'artère légèrement au-dessus et en avant de la bronche : après quelques tâtonnements, une pince-longuette de courbure appropriée ou l'aiguille de Deschamps chargeront le vaisseau parfois unique encore, parfois déjà divisé en ses branches multiples. La section en est pratiquée entre deux ligatures. Le deuxième temps consistera à isoler la bronche. La division de celle-ci se fait très précocement à l'intérieur du lobe en bronche ventrale et bronche dorsale, communément désignée sous le nom de bronche de Nelson. En liant non le tronc même de la bronche lobaire, mais isolément chacune de ses branches, on évite à coup sûr le risque d'intéresser dans la ligature la bronche de division inférieure du lobe sus-jacent. Ainsi, bien individualisées, l'une et l'autre de ces bronches lobaires inférieures sont sectionnées entre 2 clamps. Une série de points en U au lin est alors placée en amont du clan bronchique, un second plan sous-jacent de sutures isolées assurant à la bronche une étanchéité parfaite. Reste le temps veineux : une traction légère sur le lobe tend la grosse veine inférieure, dont il est facile de pratiquer la ligature loin du péricarde, en toute sécurité.

Rien ne saigne plus dans le champ opératoire : un drain irréversible est orienté dans la cavité thoracique de façon telle que son extrémité vienne exactement au contact des éléments pédiculaires liés. Après saupoudrage local de sulfamides, le thorax est fermé plan par plan [3].

Si les suites opératoires de nos malades ont nécessité la minutieuse surveillance que comporte toute intervention d'exérèse pulmonaire, il nous a été possible dans ces 3 cas d'établir un siphonnage immédiat de la cavité pleurale, ce que nous ne pratiquions jusqu'alors avant le 2e ou 3e jour dans la crainte de favoriser le suintement hémorragique d'un pédicule lié en masse. Ainsi, le lobe supérieur, sous le fait de cette légère aspiration, se réexpand-il dans l'hémithorax beaucoup plus facilement que lorsqu'un épanchement s'est déjà constitué : le lendemain même de l'intervention, la radiographie nous révélait du côté opéré un poumon d'aspect normal. Chez aucun de nos 3 malades nous n'avons vu apparaître de ces empyèmes secondaires cloisonnés, nécessitant un drainage souvent difficile et retardant d'autant la date de la guérison définitive. Chez 2 d'entre eux, les sutures bronchiques ont tenu de façon parfaite, alors que l'éventualité de fistule vers la 3e semaine est habituelle en cas de ligature en masse du pédicule.

En un mot, ces suites opératoires furent dans leur ensemble sans histoire, ce qui est loin d'être toujours le fait des lobectomies pour bronchiectasies ; nos résultats se superposant en cela aux succès publiés par Blades.

Cette ligature isolée est-elle toujours possible ? Nous ne le croyons pas. Sans aucun doute, nous avons, chez nos 3 malades, eu affaire à des cas favorables : lésions sinon importantes du lobe, du moins remarquablement désinfectées par le traitement pré-opératoire ; scissures aisément clivables ; pédicules, enfin, facilement individualisables. Mais il se peut qu'une infection du lobe plus ancienne et plus sévère s'accompagne d'une sclérose et d'un épaississement tels du pédicule qu'il soit vain d'en vouloir identifier les éléments à tout prix : force est alors de recourir à la ligature en masse. Sans doute, une meilleure connaissance anatomique de la région et un entraînement plus poussé de la chirurgie d'exérèse pulmonaire doivent-ils restreindre à l'avenir les indications de cette technique de pis-aller.

1. Brian Blades et Ed. Kent : Individual ligation technique for lower lobe lobectomy. *Journ. Thoracic Surg.*, 1940, 10, 84.

2. Michel Latarjet et Félix Magnin. *In thèse* Prat : Anatomie chirurgicale des pédicules lobaires du poumon. *Thèse de Lyon*, 1942 (*Bosc et Riou*, édit.).

3. Nous avons tenu à schématiser les temps particuliers à la lobectomie par ligatures isolées; ainsi avons-nous volontairement passé sous silence certains détails techniques, tels que protection du champ opératoire par l'acriflavine, etc...

LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT PAR LA THYROXINE DES CRISES AIGUËS DES HYPERTHYROÏDIENS

Par Jacques MAHAUX

L'hyperthyroïdien grave vit dans un état d'équilibre instable. Une congestion pulmonaire, une angine, une intervention chirurgicale, une simple émotion, peuvent déclencher l'apparition d'accidents aigus de pronostic défavorable.

L'inappétence, une insomnie persistante, une grande excitabilité émotionnelle, parfois des vomissements et de la diarrhée, sont les signes prémonitoires habituels. Il survient une agitation motrice incoercible avec anxiété. L'excitation psychique habituelle fait place à un état délirant analogue à celui qui se développe au cours de certains chocs hypothyroxémiques post-thyroïdectomie. Le pouls monte à 140, 160 et plus. La température s'élève progressivement jusqu'à atteindre des valeurs très élevées. Le

visage est rouge. On note de l'enrouement et des troubles de la déglutition. Le malade sombre enfin dans un état de stupeur, puis de coma profond presque toujours mortel.

La présence, parmi ces symptômes, de signes indubitables d'excitation a fait penser qu'ils résultaient d'une élévation aiguë de l'imprégnation thyroïdienne de l'organisme. Cette conception s'accorde mal avec nos connaissances de la physiopathologie thyroïdienne. Soumis à une alimentation ordinaire, l'hyperthyroïdien élimine plus d'iode qu'il n'en reçoit. On sait, en effet, que le métabolisme de la thyroxine libère des combinaisons iodées qui ne peuvent être réutilisées par le corps thyroïde. La persistance de ce bilan négatif mène à un épuisement iodé à peu près complet; ainsi l'hyperthyroïdien grave ne dispose guère d'une réserve de thyroxine qu'il puisse jeter brutalement dans la circulation.

Une infection, un traumatisme, entraînant une exagération momentanée de la dégradation de la thyroxine, peuvent précipiter ce déséquilibre. La quantité de colloïde synthétisée par la thyroïde devient inférieure à celle qui est résorbée par l'épithélium hyperactif, ce qui aboutit, au bout d'un certain temps, à la disparition de toute réserve colloïde.

Les sujets emportés par une crise aiguë montrent précisément un aspect histologique de ce genre : hyperplasie parenchymateuse avec prolifération papillifères intra-acineuses et disparition à peu près complète de la colloïde. Ce tableau d'épuisement momentané est particulièrement bien décrit dans l'observation de P. Carnot, H. Bénard, M. Rudolf et Paul Véran (1932), qui nous paraît correspondre à un cas typique de crise aiguë, mortelle, à développement apparemment précoce.

Cet aspect particulier témoigne vraisemblablement, soit d'un arrêt brusque de l'activité sécrétoire, soit d'une modification profonde de la qualité du produit de sécrétion. Les rares mesures d'iodémie (Bier et Roman, G. Biilman) qui ont pu être obtenues au cours de crises aiguës révèlent des valeurs inférieures à la normale. Il semble, dans ces conditions, que ces accidents graves résultent d'un état d'hypothyroxémie aigu comparable à celui qui se développe après certaines thyroïdectomies. Nous avons vu précédemment que ces crises pouvaient être prévenues par injection systématique de thyroxine.

Dès 1925, Kessel et Hyman avaient signalé que l'administration d'extrait thyroïdien ou l'injection de thyroxine à des sujets en état de crise aiguë permet d'observer une amélioration notable de l'état clinique avec régression de la tachycardie et chute de la température en lysis. Le malade est ramené à un état d'hyperthyroïdie banal après un délai qui peut atteindre seize à soixante heures.

Nous avons vérifié à diverses reprises cette action favorable de la thyroxine.

Observation I. — R... Jeanne, 63 ans. En 1941, nervosité, fatigue, apparition d'un gros goitre. Amaigrissement de 52 à 30 kg. M. B., + 64 pour 100, le 28 Novembre 1942. La malade est hospitalisée le 3 Décembre 1942. Elle reçoit du Lugol et des sédatifs. Ce traitement et l'ambiance de l'hôpital sont très mal tolérés. L'émotivité s'accentue. Il survient une agitation anxieuse avec insomnie et vomissements. Le pouls s'accélère (35 × 4), la température s'élève (38°6). L'agitation et les réactions psychiques sont telles qu'on envisage un moment une collocation.

On administre deux fois 20 cg. d'extrait thyroïdien, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, à partir du 24 Décembre 1942. Après quarante-huit heures le psychisme est transformé, l'émotivité a disparu, la malade est calme, elle commence à se réalimenter. M. B., + 53 pour 100 le 27 Décembre 1942. Dans la suite, la patiente est mise au repos à la campagne et traitée par de petites doses d'iode et de l'insuline. Le poids remonte à 40 kg. M. B., + 39 pour 100 le 24 Avril 1943. Le 1er Mai 1943, thyroïdectomie subtotale (Prof. Vandenbranden), suivie de thyroxine. Trois mois après, la malade s'occupe de son ménage. Poids, 44 kg; M. B., — 5 pour 100; pouls, 19 × 4 le 15 Août 1943.

En résumé : Basedow grave avec amaigrissement extrême. Développement, peu après l'hospitalisation, d'une crise aiguë dont les signes régressent par administration d'extrait thyroïdien. Thyroïdectomie subtotale dans la suite.

Observation II. — P... Monique, 13 ans. Emotions violentes en Mai 1940. Nerveuse depuis lors. En 1942, poussée de croissance considérable. En Janvier 1943 : exophtalmie, goitre, irritabilité, tachycardie. Le poids tombe de 55 à 42 kg. Le 28 Juillet 1943 : M. B., + 61 pour 100; pouls, 30×4.

Le 2 Août 1943 : diarrhée, vomissements, douleur élective dans la fosse iliaque droite, Mac Burney ; T., 38°7. De plus, accentuation de l'exophtalmie, agitation incessante ; pouls, 36 × 4.

L'intervention, pratiquée le 4 Août 1943, révèle une gangrène appendiculaire. Appendicectomie. Mikulicz. Nous voyons l'enfant pour la première fois immédiatement après l'opération. Il existe un léger délire et des mouvements incessants, d'allure choréiforme, des bras et des jambes. Pouls, 40 × 4 ; T., 39°4.

Première injection de 2 mg. de thyroxine à 14 heures. La température présente un clocher à 41°4 à 20 heures, puis retombe rapidement. A 22 heures, T., 38°5; pouls, 32 × 4; la malade est plus calme. La température se fixe à 38° le lendemain et à 37°5 le surlendemain. Les suites opératoires sont particulièrement bénignes. L'exophtalmie a notablement diminué, l'enfant est calme. Le 10 Août 1943, le métabolisme basal est retombé à + 26 pour 100 ; pouls, 25 × 4. On interrompt l'administration de thyroxine (2 mg. + 1 mg. toutes les huit heures le premier jour; 1/2 mg. toutes les huit heures les six jours suivants). Dans la suite, la malade est mise au repos à la campagne. Elle reçoit de faibles doses d'iode. Le poids remonte de 42 kg. à 47 kg. Une nouvelle hospitalisation entraîne une période d'excitation passagère. Thyroïdectomie subtotale en deux temps (M. Loicq), suivie de thyroxine, le 7 et le 21 Octobre 1943.

En résumé : Basedow juvénile. Crise aiguë grave déclenchée par une appendicite. L'administration de thyroxine fait rétrocéder les signes d'excitation et ramène la malade à un état d'hyperthyroïdie modéré. Thyroïdectomie subtotale dans la suite.

On voit que, loin d'accentuer l'excitation des hyperthyroïdiens en crise, la thyroxine permet d'obtenir une sédation après un certain temps de latence.

Il nous reste à essayer de préciser le mécanisme par lequel une chute de l'iodémie détermine un état de crise avec excitation nerveuse, tachycardie et hyperthermie. Nous pensons que l'origine de ces troubles réside essentiellement dans une perturbation pituito-diencéphalique. L'hypophyse paraît contenir des éléments thyroxinaffines fixant électivement la sécrétion thyroïdienne. Le complexe obtenu, qui selon nous s'identifie aux granulations éosinophiles, migre vers les centres diencéphaliques et les formations motrices extrapyramidales. Les symptômes de l'hyperthyroïdie, élévation des combustions, tremblement, etc., paraissent déterminés par une imprégnation thyroxinienne pituito-diencéphalique particulièrement élevée.

Une carence thyroïdienne brusque entraîne la désaturation rapide d'un certain nombre d'éléments thyroxinaffines et la libération brutale de la quantité correspondante de substrat thyroxinaffine désaturé. Cette modification de nature de l'imprégnation neurocrine des centres végétatifs détermine une perturbation de leur fonctionnement où dominent d'abord les phénomènes d'excitation. La similitude d'aspect clinique de l'hyperthyroïdie grave et de la crise hypothyroxémique résulte de l'excitation des centres diencéphaliques commune aux deux états.

Conclusion.

La crise aiguë des hyperthyroïdiens paraît résulter d'une hypothyroxémie brusque par épuisement thyroïdien momentané. La cause principale de cet épuisement semble résider dans le bilan d'iode négatif. L'étude de la littérature montre que ces accidents étaient beaucoup plus fréquents à l'époque où le traitement iodé n'était pas appliqué. La thyroïdectomie, même suivie de thyroxine, est contre-indiquée chez les sujets en crise. L'administration de thyroxine ou d'extrait thyroïdien permet par contre d'observer des améliorations frappantes. Elle peut être instaurée préventivement lors de l'éclosion de complications, infectieuses ou autres, chez des hyperthyroïdiens graves. Ce traitement n'est pas plus préjudiciable au malade chez qui on craint ou on soupçonne l'établissement d'un état de crise que l'injection de sérum glucosé hypertonique à un diabétique comateux.

Il paraît très désirable que les centres hospitaliers traitant les hyperthyroïdiens aient la possibilité d'effectuer assez rapidement des dosages d'iodémie. La confrontation de l'iodémie protéique, des signes cliniques et des résultats de la thérapeutique permettra certainement une compréhension meilleure des troubles qui se développent au cours des hyperthyroïdies sérieuses.

(*Clinique Médicale Universitaire de l'hôpital Saint-Pierre* [Prof. P. Govaerts], *Bruxelles*.)

BIBLIOGRAPHIE

P. Carnot, H. Bénard, M. Rudolf et Paul Véran : La forme galopante de la maladie de Basedow. *La Presse Médicale*, 1932, 276-280. — Kessel et Hyman : Exophtalmic Goiter and involuntary nervous System. XI. Causes of Death, with special reference to pathogenesis and treatment by thyroxine of acute crises. *J.A.M.A.*, 1925, **84**, 1720. — Mahaux : Les signes pituito-diencéphaliques de l'insuffisance thyroïdienne chez l'adulte. *Annales d'Endocrinologie*, 1941, **2**, 193-200 et 1942, **3**, 1-26; La prévention de la crise postopératoire des hyperthyroïdiens par injection de thyroxine. *La Presse Médicale*, 1942, n° 27, 357-358; Les crises aiguës des hyperthyroïdiens. *Revue belge des Sciences médicales*, 1943; Le choc de sevrage thyroxinien des thyroïdectomisés. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 1943, **89**, 17-29.

ACIDOSES MENTALES MÉCONNUES

Par **LEYRITZ**

Médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Morlaix.

Nous désignons par acidoses mentales des états variés dans lesquels se rencontrent à la fois : 1° des troubles mentaux ; 2° une acidose.

Ces acidoses mentales sont généralement méconnues du fait de l'absence d'examens en série de l'équilibre acide-base. Rien en effet ne décèle cliniquement l'acidose, la cétonurie est inconstante et même lorsqu'elle existe on sait que la cétonurie n'est pas nécessairement symptomatique d'acidose : elle peut se rencontrer dans l'alcalose où on la considère comme témoin de l'insuffisance des combustions[1].

Les examens des urines des vingt-quatre heures pratiqués en série avec la méthode de Goiffon[1] nous ont permis de déceler l'acidose, en particulier :

1° Chez des mélancoliques (environ 40 pour 100 de nos mélancoliques) ;

2° Chez des maniaques ;

3° Chez des urémiques ;

4° Chez des confuses et des psychoses hallucinatoires aiguës ;

5° Chez des puerpérales.

Il est à noter tout d'abord que nous ne rencontrons jamais l'acidose en rapport avec le diabète, et les psychoses diabétiques paraissent ne plus exister. Ce fait est vraisemblablement dû à la pratique de l'insulinothérapie du diabète devenue courante.

Il s'agit donc chez nos malades d'*acidoses non diabétiques* et l'on nous permettra d'éviter le terme, impropre nous semble-t-il, d'acidose « rénale ».

Une statistique effectuée sur nos 500 premières analyses se rapportant aux malades entrantes au fur et à mesure de leur arrivée sans aucune distinction nosologique préétablie, évitant ainsi toute idée préconçue, nous montre l'existence de 80 acidoses (sur 500) soit une proportion de 16 pour 100.

C'est là une proportion non négligeable, intéressante à considérer. Au point de vue nosologique ces 80 acidoses se répartissent comme suit : 23 états dépressifs, 15 états maniaques, 14 psychoses aiguës confusionnelles et hallucinatoires, 7 psychoses urémiques, 6 psychoses puerpérales, 5 débilités mentales simples, 3 démences séniles, 2 délires de persécution, 1 syndrome discordant, 1 psychose hallucinatoire chronique, 1 psychose syphilitique, 1 état mixte, 1 épilepsie.

C'est-à-dire que pour 100 acidoses nous trouvons :

	POUR 100
Mélancoliques	28,7
Maniaques	18,7
Psychoses aiguës	17,5
Urémies	8,7
Psychoses puerpérales	7,5
Débiles simples	6,2
Démences séniles	3,7
Délires de persécution	2,5
Syndrome discordant	1,2
Psychnses hallucinatoires chroniques	1,2
Psychose syphilitique, état mixte et épilepsie	1,2

La grosse proportion des acidoses mentales est donc fournie par les mélancoliques. Il s'en faut de beaucoup par conséquent, comme nous l'avons déjà

1. R. Goiffon : *Etude clinique de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine* (Masson et Cie), 1932.

montré à la Société médicale des hôpitaux de Paris[2], que les déprimées doivent être toujours considérées comme alcalosiques. Bien au contraire, ce sont justement les mélancoliques qui fournissent la plus grande proportion des acidoses que l'on rencontre chez l'ensemble des malades mentales.

A ce sujet on sait que les recherches de Laignel-Lavastine et Cornélius[3] ont été faites sur des prélèvements effectués le matin.

Nos analyses ont trait à l'ensemble des urines des vingt-quatre heures.

Pour nous rendre compte des variations nycthémérales, nous avons dans quelques cas fractionné les urines : d'une part, celles de la nuit, de 8 heures du soir à 8 heures du matin, et, d'autre part, celles de la journée, de 8 heures du matin à 8 heures du soir. Nous avons également demandé au laboratoire l'analyse du mélange.

Ces analyses nous ont permis de vérifier qu'il existe *grosso modo* une vague alcaline nocturne et une vague acidosique diurne ; ce fait est bien connu.

On peut dire toutefois qu'*en cas d'acidose* l'analyse diurne montre une acidose nettement marquée, tandis que l'analyse nocturne peut en imposer pour une alcalose. L'analyse du mélange des vingt-quatre heures, par contre, montre nettement l'acidose.

En cas d'alcalose la différence n'est pratiquement pas sensible.

Nous pourrions donner des exemples précis, mais l'analyse de Goiffon comporte un certain nombre de chiffres et de rapports avec lesquels il faut être familiarisé, ce qui n'est pas encore habituel, et nous croyons devoir les éviter ici.

1° Acidose des déprimés.

Les dépressions sont généralement considérées comme des alcaloses. Il est loin d'en être toujours ainsi et une bonne proportion de nos mélancoliques (environ 40 pour 100) sont des acidosiques. Elles forment même la plus grande proportion de nos acidoses mentales, comme nous l'indiquions plus haut.

Dans certains cas l'alcalinisation de ces mélancoliques acidosiques améliore très rapidement leur état.

Un cas très caractéristique est celui de la malade F...

F... entre dans le service ouvert le 17 Août 1937, déprimée, anxieuse, se croyant condamnée à mort.

L'analyse de Goiffon révèle une acidose phosphatique avec hypoammoniurie. Nous lui faisons prendre chaque jour une bouteille de Vichy-Célestins (la plus bicarbonatée des eaux de Vichy) à laquelle nous ajoutons 10 *g.* de bicarbonate de soude. Trois jours après, elle est pratiquement guérie et nous la faisons sortir le 11 Septembre 1937.

Elle revient le 24 Septembre 1937, à nouveau mélancolique, et de même acidosique. Le même traitement entraîne les mêmes effets et elle sort guérie le 18 Octobre 1937. Nous lui recommandons, lorsqu'elle sera déprimée, de prendre chaque jour une bouteille de Vichy-Célestins.

Elle n'est plus revenue, et indirectement nous avons eu de ses nouvelles : jamais elle ne s'est si bien portée.

Il semble que l'on assiste dans un tel cas à une relation de cause à effet, l'acidose entraînant la dépression et l'alcalinisation déterminant la guérison.

Toutefois, le mécanisme intime de l'effet de l'alcalinisation obtenue par l'eau de Vichy nous échappe en réalité.

On sait en effet que Max Vauthey[4], médecin de Vichy, a montré que, en administrant l'eau de Vichy, « tout se passe comme si l'eau de Vichy — dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placé, dit Max Vauthey — agissait en augmentant la charge de l'organisme en vitamine C ».

Il se peut donc que chez nos déprimés acidosiques, en leur administrant de l'eau de Vichy, nous ayions non seulement agi sur l'équilibre acide-base, mais encore, sans nous en douter, rechargé leur organisme en vitamine C, et que ce soit à cette revitaminisation C et non à l'alcalinisation en elle-même que soit due l'amélioration constatée.

Quelques recherches de l' « ascorburie de base » (Max Vauthey), faites en série sans discrimination de l'état mental, nous ont montré que toutes nos malades entrantes présentaient une ascorburie de base diminuée, c'est-à-dire présentaient toutes une certaine hypovitaminose C.

Quoi qu'il en soit la détermination de l'équilibre acide-base des déprimés a un intérêt certain et peut comporter des sanctions thérapeutiques décisives.

2° Acidose des maniaques.

L'acidose se rencontre assez fréquemment chez les maniaques dans la proportion de 18,7 pour 100 de nos acidoses mentales.

Ce sont les plus fréquentes après celles des mélancoliques.

Les 2/3 de ces acidoses des maniaques ne comportent pas de cétonurie, et l'on peut se demander si chez les maniaques, qui sont des agitées, l'acidose n'est pas un effet plutôt qu'une cause, la contraction musculaire développant comme l'on sait de l'acide lactique : il se pourrait que ces acidoses ne soient que des lacto-acidoses consécutives à l'exercice musculaire. Nous n'avons pas été à même de vérifier ou d'infirmer cette hypothèse plausible.

Quoi qu'il en soit, il est très difficile, étant donné la variabilité de la durée des accès maniaques, de dire si l'alcalinisation a écourté certains accès, du moins en aucun cas n'avons-nous eu de sédation très rapide de l'accès. Nous restons toutefois persuadé qu'un désordre de ce genre est à corriger quand le taux de l'urée du sang n'est pas élevé, bien entendu (voir ci-dessous : acidose des urémiques).

3° Acidose des urémiques.

Elle favorise l'excrétion de l'urée et est à respecter. Elle peut, si l'on veut (quoique cette manière de voir ne nous convienne pas) être pratiquement considérée comme une « réaction de défense » de l'organisme.

Nous n'insisterons pas ici sur le fait que l'acidose favorise l'excrétion de l'urée, ayant développé ce sujet dans une communication à l'Académie[5] ainsi que dans un article récent[6].

4° Acidose des confusions mentales et des psychoses aiguës.

17,5 pour 100 de nos acidoses mentales concernent des confusions mentales et des psychoses hallucinatoires aiguës, non urémiques.

Il nous a paru dans ces cas — sans que l'on puisse dire plus, étant donné l'évolution capricieuse de ces états — que l'alcalinisation était d'un bon effet.

5° Acidose des puerpérales.

Même remarque en ce qui concerne les puerpérales chez lesquelles nous avons rencontré l'acidose dans 7,5 pour 100 de nos acidoses mentales.

Les autres syndromes sont de moindre importance au point de vue de l'équilibre acide-base.

* * *

On le voit, le présent article n'a en rien la prétention d'épuiser un sujet tout nouveau, mais au contraire tout juste celle de l'ébaucher. Il désire simplement attirer l'attention sur ces acidoses mentales jusqu'alors méconnues et principalement sur l'acidose de certains mélancoliques et sur son traitement parfois des plus utiles, ainsi que sur l'acidose de certaines urémies, acidose à respecter du fait qu'elle favorise l'excrétion de l'urée.

2. J. Leyritz : Contribution à l'étude de l'équilibre acide-base par l'analyse des urines (méthode de Goiffon) chez les aliénées. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 2 Juillet 1937, n° 24.

3. Laignel-Lavastine et René Cornélius : L'hypoacidité ionique et l'augmentation des acides organiques, syndrome urinaire de l'angoisse. *La Presse Médicale*, 18 Novembre 1925, n° 92, 1521.

4. Max Vauthey : Etudes sur le métabolisme de la vitamine C (Mémoire n° 10). *Revue de Médecine*, Décembre 1938, 548.

5. J. Leyritz : Elimination de l'urée suivant l'état de l'équilibre acide-base. *Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 13 Mai 1941, **124**, n[os] 17 et 18, 533.

6. J. Leyritz : Traitement des urémies mentales. *Paris-Médical*, 20 Juillet 1943, n° 27, 185.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE LA MOELLE

Contribution à leur étude clinique et thérapeutique

PAR MM.

M.-R. KLEIN et GUIOT

(Paris)

La guerre de 1939-1940 nous a donné l'occasion d'opérer 23 blessés atteints de plaie pénétrante de la moelle. Depuis cette époque, nous avons encore traité plusieurs autres blessés, amenés, comme les précédents, en moyenne deux mois et demi après leur accident. Ce sont les résultats de notre expérience personnelle ainsi que quelques indications cliniques et opératoires que nous voudrions rapporter ici[1].

I. — Nous voudrions tout d'abord indiquer, telle que l'enseigne depuis longtemps notre maître le Prof. Clovis Vincent, la manière d'interpréter les données cliniques pour reconnaître la gravité de la lésion nerveuse en cause et fixer son pronostic.

a) Nous allons commencer l'étude des différents syndromes et leur enchaînement par le plus grave d'entre eux, celui de *section de la moelle.*

Dans cette éventualité, le blessé présente, dans le territoire sous-jacent à la lésion, une abolition complète de la motilité, de la sensibilité et de la réflectivité tendineuse. Le réflexe cutané plantaire peut être aboli ou présenter le phénomène de la réflectivité tendineuse. Le réflexe cutané plantaire peut être aboli ou présenter le phénomène de la flexion lente des orteils, tel que l'ont décrit Guillain et Barré. Insistons sur l'importance pour le diagnostic de section d'un signe majeur : l'apparition rapide d'escarres térébrantes.

Il y a grand intérêt pour les indications opératoires, à savoir s'il s'agit de section anatomique ou de section physiologique. Mais au début, les syndromes se confondent cliniquement. Seule la date d'apparition des escarres peut constituer un indice valable : *dans la section anatomique, les escarres surviennent de façon foudroyante, dans les vingt-quatre premières heures.* Si elles ne se produisent que vers le troisième jour, on peut penser qu'il s'agit de section physiologique et agir en conséquence.

L'évolution, au contraire, les sépare nettement. La section anatomique est irréductible. Il est possible d'observer certains signes témoignant de l'activité autonome du segment médullaire inférieur. *Les réflexes de défense sont et resteront définitivement absents.* Les contractions musculaires que l'on peut obtenir par excitation cutanée, à la zone plantaire ou en dehors d'elle, sont isolées, faibles, de siège variable et n'aboutissent pas aux mouvements qui caractérisent nettement les réflexes de défense ; on ne pourra jamais, en particulier par le pincement de la peau à la partie inférieure de la jambe ou au dos du pied, obtenir la flexion dorsale du pied, critère des réflexes de défense pathologiques (Babinski). Le pronostic est fatal. Le plus souvent la mort survient rapidement.

b) Si la section n'est que physiologique, une amélioration va bientôt pouvoir se faire, spontanément ou grâce à l'intervention, et elle pourra se poursuivre jusqu'à guérison. L'évolution parcourra alors un certain nombre de stades que nous allons brièvement décrire.

L'expérience des tumeurs de la moelle a montré en effet que la symptomatologie se modifiait constamment au fur et à mesure que se complétait la lésion ou qu'à l'inverse s'effectuait la récupération fonctionnelle. Et cette modification se fait suivant un ordre très régulier qui, sans être schématique, se retrouve toujours dans ses grandes lignes. *C'est en les connaissant que l'on peut savoir où en est le malade ; c'est en les suivant dans l'évolution que l'on peut savoir où il va.*

1. Si chez un malade parvenu au stade le plus grave, mais réductible, celui de section physiologique, nous voyons le phénomène de la flexion lente des

1. Le développement de ce sujet sera publié prochainement dans la thèse de l'un de nous.

orteils succéder à l'abolition complète du réflexe cutané plantaire, on peut considérer qu'il a déjà fait un léger progrès.

2. Bientôt, la flexion lente fera place à *l'extension de l'orteil*, et les réflexes tendineux s'ébauchent.

3. Le gain obtenu à ce stade consiste surtout dans la possibilité de provoquer des *réflexes de défense*. Le pincement de la peau du dos du pied amènera une flexion dorsale du pied, une flexion du genou et plus tard une flexion de la cuisse sur le bassin.

En même temps que surviennent des réflexes de défense, les réflexes tendineux et le signe de Babinski deviennent plus nets.

4. *Les réflexes tendineux s'exagèrent*. Les réflexes de défense surtout vont en augmentant d'intensité et de fréquence. Ils surviennent spontanément, du moins en apparence. Leur violence devient telle que souvent le malade ne peut dormir.

Les premières perceptions sensitives apparaissent alors, d'abord à la douleur, puis au tact.

5. Ce stade est marqué par *l'apparition des mouvements volontaires*. Les réflexes restent vifs ; le signe de Babinski persiste et se maintiendra très longtemps ; la sensibilité augmente. Quant aux réflexes de défense, après avoir atteint leur maximum d'intensité au stade précédent, ils iront en diminuant au fur et à mesure qu'augmentera le nombre et l'importance des mouvements volontaires et que le malade s'acheminera vers la guérison fonctionnelle.

Telle est, résumée, l'évolution schématique d'une lésion transversale de la moelle qui marche vers la guérison.

Prises en sens inverse, ce sont les mêmes étapes qu'elle parcourt en s'aggravant.

Ce simple exposé montre donc qu'un signe donné n'a pas en lui-même de valeur pronostique. Il ne fait que fixer le point où l'on est sur la courbe évolutive. Les réflexes de défense peuvent constituer un signe d'aggravation s'ils apparaissent après effacement des mouvements volontaires, un signe d'amélioration s'ils apparaissent au cours d'une évolution régressive. Les réflexes de défense ne peuvent donc être considérés comme le témoin d'une activité médullaire autonome, puisque leur apparition peut marquer une étape vers la guérison [2].

Ce schéma permettra toujours d'annoncer l'étape suivante si l'évolution se poursuit. C'est ainsi que lorsque les réflexes de défense s'accentuent dans une évolution régressive, on peut prédire l'apparition prochaine des mouvements volontaires.

Le tableau peut être apparemment faussé par un certain nombre de facteurs en fonction desquels il convient d'interpréter les symptômes observés.

a) Il faut tenir compte de la *hauteur de la lésion*. En effet, au cours d'une évolution régressive, la réapparition d'un signe donné, un réflexe tendineux par exemple, pourra être impossible si la lésion se trouve précisément dans un segment médullaire dont l'intégrité est nécessaire pour l'obtenir.

b) L'ancienneté de la lésion peut modifier le *tableau*. Il peut se produire des lésions squelettiques, des rétractions fibreuses, des ankyloses articulaires, des transformations fibreuses des muscles qui rendront impossibles les mouvements réflexes et volontaires.

Enfin, rappelons que ce schéma n'est entièrement vrai que pour les compressions de la moelle dans lesquelles les cylindraxes persistent au niveau de la compression. La *compression* diffère en ceci de la destruction. Or, les lésions que nous étudions dans les plaies pénétrantes de la moelle peuvent appartenir à l'une ou à l'autre.

Quelquefois se produisent des lésions destructives soit directement par le projectile, soit indirectement par hématomyélie. Celle-ci dissocie la substance grise, et l'atteinte des cornes antérieures en particulier se traduira par des signes propres dont il faudra reconnaître la pathogénie avant de leur attribuer la valeur pronostique.

Avec ces réserves nous avons donc un moyen précis pour reconnaître la gravité d'une lésion médullaire, suivre l'évolution.

2. Voir Cl. VINCENT : *Revue Neurologique*, 1923, 674.

II. — Nous avons cherché pour chacun de nos blessés à les classer dans un des stades que nous venons d'indiquer.

Nous allons distinguer 3 ordres de plaies de la moelle ; les sections totales, les sections partielles et les lésions. Ces dernières sont caractérisées par le fait que le projectile a passé dans le canal mais sans entamer la moelle déterminant seulement des lésions au niveau de son passage.

Nous avons traité 2 sections totales de la moelle dorsale, 11 plaies de la moelle dorsale, dont 6 sections partielles et 5 lésions, 2 sections partielles de la moelle lombaire et 1 lésion ; 1 section totale de la queue de cheval, 4 sections partielles, 2 plaies pénétrantes de la queue de cheval sans section des racines. Toutes étaient des plaies par projectile.

Les *éclats* qui permettent une survie de deux mois sont en général de petite taille et ne dépassent guère 1 *cm*. de longueur. Une seule fois nous avons trouvé dans le canal un projectile de 3 *cm*. de long sur 1 *cm*. de large. L'orifice d'entrée a toujours été au voisinage immédiat de la colonne. Une bonne radiographie, de préférence stéréoscopique, permet de repérer le projectile. Celui-ci se trouve logé soit dans les lames fracturées, soit dans le canal, soit, et c'est là la forme rencontrée le plus souvent, dans le corps vertébral. Un seul de nos blessés avait une plaie transfixiante et la balle entrée à droite était ressortie à gauche passant dans le canal rachidien.

Les *lésions osseuses* sont toujours importantes, même lorsque la blessure est due à une balle. On trouve au moins deux lames voisines cassées en de nombreux fragments. Quelques-uns des morceaux peuvent être basculés et pointent vers la moelle. Un projectile peut être arrêté au niveau des lames et ce sont ces dernières qui déterminent la déchirure de la dure-mère et les lésions ou sections médullaires.

L'opérateur doit conduire son intervention avec une extrême prudence. En effet, en détachant les muscles, il se peut fort bien qu'une partie de lame qui se trouve simplement appliquée sur la moelle bascule et entre dans le tissu médullaire.

Un projectile ayant passé latéralement fracture les apophyses transverses et, avec elles, les surfaces articulaires.

Tous les morceaux d'os sont rarement libres et mobiles. Ils sont pris le plus souvent dans un magma fibreux qui les rattache aux muscles, à la dure-mère et à la moelle si la dure-mère est déchirée. Il faut les disséquer un à un pour pouvoir les enlever. Nous ouvrons le canal assez loin pour avoir une portion saine de dure-mère et de moelle au-dessus et au-dessous de la lésion.

La dure-mère était déchirée chez tous les blessés. Cette lésion n'est pas toujours évidente à première vue, car une réaction de cicatrisation par tissu fibreux ferme la déchirure. Le tissu fibreux fait souvent bloc avec celui qui remplit le canal et englobe les esquilles osseuses. Pour ouvrir le sac dural, on commence l'incision en tissu sain. Arrivé au niveau du tissu cicatriciel, on le sectionne pour le séparer de celui de la moelle. Cette séparation est faite au bistouri, car l'électrocoagulation risque de diffuser vers la moelle à travers le tissu fibreux d'autant plus que celui-ci est très bon conducteur de la chaleur.

Les lésions médullaires sont de divers ordres et dépendent de la taille du projectile et de sa direction. Elles ont cependant un type commun : tous nos blessés avaient une réaction cicatricielle. Dans le cas d'une section par gros éclat, on trouve la moelle séparée en deux morceaux ; le projectile occupe toute la largeur du canal et déborde de chaque côté, encadré de nombreuses esquilles. Une réaction fibreuse s'est faite autour de l'éclat et s'attache aux deux tronçons de moelle.

Les sections partielles correspondent souvent à des fractures localisées à une moitié de lame. La déchirure et la cicatrice dure-mériennes sont latérales. Le bloc cicatriciel remplit la partie sectionnée de la moelle et fait corps avec celui de la dure-mère et du canal. L'opération consiste à disséquer la cicatrice dure-mérienne, à la séparer d'abord de celle de la moelle puis à exciser cette dernière. Ce temps doit s'accompagner de toutes les précautions neuro-chirurgicales qu'on porterait à l'ablation d'une tumeur intra-médullaire. L'adhérence avec le tissu nerveux est très forte, mais on peut trouver un plan de clivage. La moelle adhère souvent à la dure-mère, loin même de la partie blessée, par l'intermédiaire d'une réaction arachnoïdienne très forte. On la décolle pour rendre la moelle entièrement libre dans son sac dural. On reconstitue le sac en fin d'opération et on le ferme.

Certains projectiles passent dans le canal en fracturant les lames ou les apophyses articulaires, sans blesser directement la moelle. Un bloc fibreux attache la dure-mère déchirée et cicatrisée et la fixe au canal osseux. La moelle sous-jacente est attachée au sac dural sur plusieurs centimètres, plus fortement au niveau de la lésion durable. Son aspect est sensiblement normal. La pie-mère est déchirée, une fine pellicule fibreuse recouvre la face latérale de la moelle et la colle à la dure-mère. Il faut opérer une dissection fine pour dégager la moelle. Les symphyses arachnoïdiennes qui accompagnent ces lésions peuvent, elles aussi, contribuer à l'immobiliser et doivent être libérées de même. Ce temps opératoire n'est terminé que lorsque la moelle a repris son battement normal.

Toutes ces lésions déjà décrites se retrouvent dans les plaies qui intéressent la queue de cheval. L'éclat ou la balle qui a déchiré la dure-mère et pénètre dans le sac dural a le plus souvent coupé quelques racines. Dans deux de nos cas, elles étaient toutes conservées. La balle est englobée dans un tissu fibreux qui a cloisonné complètement le canal. Quand l'éclat est trop latéral, et que la réaction cicatricielle n'englobe que quelques racines, d'épaisses membranes arachnoïdiennes prennent les autres, les retiennent collées contre les parois du sac. Le bout central des racines sectionnées est pris dans le bloc cicatriciel. Les violentes douleurs dont se plaignent ces blessés sont supprimées après ablation du tissu fibreux.

Les interventions que nous avons pratiquées chez tous ces blessés nous ont montré que souvent les lésions médullaires étaient apparemment en disproportion avec la gravité du syndrome clinique. Une section du 1/8 de la moelle épinière entraînait une paraplégie totale. La cicatrice a été enlevée et la moelle libérée. Très rapidement les progrès commençaient et les blessés passaient du stade où ils se trouvaient à l'intervention au stade suivant. Plusieurs d'entre eux marchent actuellement. Tous ont fait des progrès. Ceux qui avaient une section de plus de la moitié de la moelle ont eu une amélioration rapide de leur escarre et passaient du stade de paralysie totale au stade avec mouvements de défense, pour se fixer là.

Tout se passait comme si la présence de la cicatrice médullaire avec fixation de la moelle au canal empêchait le passage des influx nerveux et donnait un tableau d'atteinte grave de la moelle. Quelques blessés atteints de lésions médullaires sans section avaient des troubles aussi graves que ceux qui avaient des entailles profondes de la moelle. Ceux-ci ont guéri et ont appris à marcher en peu de temps. Quand ils ont quitté l'hôpital, il leur restait un certain degré de spasmodicité qui a continué à régresser lentement.

Ce que nous avons dit pour les blessés de la moelle reste vrai pour les blessés de la queue de cheval. Une cicatrice qui englobe les racines interrompt leur fonctionnement et ces blessés se présentent comme si elles étaient coupées, même si la section n'intéresse que quelques-unes d'entre elles. Ce tableau clinique n'a aucune tendance à s'améliorer spontanément et ce n'est qu'après avoir disséqué et libéré les racines que les influx passent à nouveau et qu'elles reprennent progressivement leurs fonctions.

Ceci nous amène tout naturellement à dire qu'il faut intervenir chez tous les blessés, excepté dans les cas de section totale. De tous nos blessés, seuls sont morts les 3 qui avaient une section totale.

Les indications opératoires sont simples à poser. Elles sont formelles, car les blessés ont tout à gagner et rien à perdre. Non opérés, ils vont vers une mort quasi certaine par infection, cachexie. Même s'ils survivent, ils restent de grands impotents.

Après une intervention, l'amélioration se fait dans les semaines qui suivent. On les voit quelquefois passer au stade suivant, en moins de quinze jours. Plusieurs de nos opérés ont franchi rapidement les différentes étapes et ont pu tenir debout après six semaines à deux mois. Dans les cas les moins bons, nous avons assisté à une régression rapide des escarres, à une apparition de mouvements de défense et de petits mouvements volontaires, flexion des orteils en général. Ces blessés sont restés des paraplégiques mais non des grabataires. Ajoutons que ceux-là avaient une section partielle de la moelle.

Les *soins post-opératoires* ont une importance très grande pour améliorer l'état général et permettre au blessé d'utiliser les nouvelles possibilités de sa moelle.

Que seraient devenus ces malades si on les avait opérés au début de leur blessure ? Nous ne pouvons y répondre, n'ayant pas eu l'occasion d'opérer des blessés récents. Un de nos opérés avait subi une première intervention par un autre chirurgien le jour même de la blessure (balle en L2). Nous l'avons réopéré deux mois plus tard et avons trouvé une cicatrice. (La balle était logée dans le corps vertébral et n'avait pas été extraite.) Le blessé était presque mourant au moment de la deuxième intervention. Actuellement, il tient sur ses jambes.

Il ne faut donc pas hésiter à réinterveuir s'il n'y a pas d'amélioration au bout de trois mois.

Nous ne sommes pas à même actuellement de donner une explication sur le phénomène si curieux de l'arrêt des influx nerveux par une cicatrice souvent petite et l'adhérence de la moelle.

(Travail de la clinique neuro-chirurgicale de l'hôpital de la Pitié.)

INTERRUPTION DE LA NARCOSE AU TRIBROMÉTHANOL PAR LE CARDIAZOL

PAR

G. JACQUOT, M. MONTASSUT, J. SAUGUET et R. LEULIER

Nous cherchons, depuis 1940, à provoquer la convulsivothérapie au cours de l'anesthésie générale. Notre but est d'associer les heureux effets de la crise à ceux de la narcose dans le traitement des psychopathies, de supprimer l'appréhension du choc, mais aussi de vérifier l'action de certains narcotiques. Nous avons ainsi constaté que si le protoxyde d'azote n'entrave pas l'action épileptogène, le tribrométhanol (*Rectanol*), au contraire, l'interdit aux doses habituellement convulsivantes. Nous avons alors recherché si cet antagonisme physiologique était réversible : si le Cardiazol interrompait la narcose.

Nous avons successivement établi, pour chaque sujet, le seuil convulsivant avec le Cardiazol seul, puis la dose de Rectanol nécessaire pour obtenir une narcose profonde et durable (2e plan du IIIe stade).

Puis nous avons associé les deux médications au cours de narcoses successives où les malades recevaient une dose identique de tribrométhanol, la dose de Cardiazol étant augmentée progressivement par paliers de 5 *cg*. L'injection intraveineuse de Cardiazol était poussée à la trentième minute de l'anesthésie (moment de concentration maxima du tribrométhanol dans le sang).

Jamais il ne fut constaté de crise convulsive, bien qu'en fin de série nous ayons atteint le double de la dose initiale, mais seulement, dans quelques cas et pour des taux élevés, de très brèves et faibles myoclonies des extrémités ou de la face. Aucun incident, sauf un cas d'apnée prolongée, après injection très forte et trop rapide de Cardiazol, qui céda du reste par répétition de l'analeptique à dose plus modérée, associée à la lobéline et à la respiration artificielle.

Dans tous les cas, le réveil est obtenu plus ou moins rapidement (de quinze secondes à deux minutes) selon la dose injectée. Une majoration de 0 *g*. 10 à 0 *g*. 25 de la dose réputée convulsivante suffit. Le réveil des fonctions végétatives est le plus manifeste : recoloration rapide de la face, mobilité des globes oculaires, contraction de la pupille, augmentation de l'ampleur des mouvements respiratoires et du pouls, mobilisation et propos spontanés.

Si la dose est limite, le malade reste obnubilé et se rendort assez rapidement, mais la réinjection d'une ou deux doses identiques, dans les minutes suivantes, assure un réveil net et prolongé. Ces résultats confirment d'une manière générale ceux obtenus par Stumpf [1] parvenus récemment à notre connaissance, quoique nous jugeons un peu faibles les taux indiqués par lui (0 *g*. 30). De même, l'échec enregistré par la plupart des auteurs qui ont voulu interrompre la narcose par le Cardiazol nous semble dû à l'emploi de doses uniques ou insuffisantes, par crainte de l'effet convulsivant de doses plus élevées (Killian).

Si le seuil convulsivant du Cardiazol seul peut être doublé sans inconvénient au cours de la narcose, il convient de s'abstenir de doses élevées et d'injections brutales pour éviter les perturbations violentes du centre respiratoire.

La dose de Cardiazol à injecter sera aisément déterminée en s'aidant du barème établi par Porrot [2] (8 *mg*. par kilogramme corporel) et en majorant de 0 *g*. 10 à 0 *g*. 25 selon l'état général du malade. Si le résultat est imparfait, l'injection sera répétée dans les minutes suivantes au même taux ou en augmentant légèrement.

Sans envisager ici l'intérêt théorique des associations de narcotiques et d'analeptiques, nous pensons que le Cardiazol doit rendre de précieux services à la chirurgie et à la psychiatrie. En interrompant à volonté l'anesthésie, celle-ci peut être limitée strictement à la durée de l'acte chirurgical. D'autre part, la certitude de pouvoir pallier aux incidents éventuels de narcoses prolongées à l'excès permet un usage plus large de la cure de sommeil [3] dans ses principales indications : cures de désintoxication, psychonévroses et certaines psychoses.

(Hôpital psychiatrique de Villejuif.)

1. STUMPF : Le Cardiazol en tant que médication réveillante au cours des narcoses à l'eunarcon, l'éther et l'avertine. *Le Scalpel*, 28 Octobre 1939.

2. PORROT : Posologie du Cardiazol. *Annales médico-psychologiques*, Mars 1942.

3. MONTASSUT et JACQUOT : Traitement des états mélancoliques par l'anesthésie au tribrométhanol. *La Presse Médicale*, 12 Février 1941.

UN APPAREIL A BOUCHE DESTINÉ A LA PROPHYLAXIE DES PRINCIPAUX ACCIDENTS DE L'ÉLECTRO-CHOC

PAR MM.

PERRET et NESPOULOUS

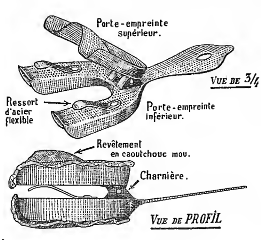
de l'hôpital psychiatrique Marchant, à Toulouse.

L'appareil que nous présentons a été construit dans les ateliers de l'hôpital psychiatrique Marchant par M. Condroyer, en vue de prévenir la morsure de la langue, des lèvres et les accidents de la denture au cours de l'électro-choc. Vraisemblablement il réalise aussi la prophylaxie des abcès du poumon qui sont de beaucoup les complications les plus redoutables. Nous en avons déjà observé 12, soit environ 1 pour 200 crises d'épilepsie provoquées par l'électro-choc. Nous admettons pour les abcès du poumon la pathogénie proposée par M. le prof. Cadenat, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de Médecine de Toulouse [1]. Selon cette hypothèse, les abcès du poumon sont liés aux lésions dentaires que provoque la contracture extrêmement violente des mâchoires pendant le passage du courant. Une particule de dent cariée et fracturée ou de tartre, entraînée dans les bronches par la salive abondante que brasse la respiration stertoreuse du malade à la fin de la crise, serait la cause de ces suppurations pulmonaires. L'absence ou l'extrême rareté d'abcès du poumon à la suite des crises d'épilepsie spontanées, le pouvoir bien connu qu'ont les germes du milieu péridentaire de provoquer des abcès putrides, la présence chez tous nos malades atteints d'abcès du poumon de lésions dentaires ou de dépôt tartrique volumineux, la localisation des lésions pulmonaires, sont autant d'arguments en faveur de cette pathogénie.

Le traumatisme de la denture se produit, non pendant la crise d'épilepsie provoquée, mais pendant le passage du courant. Ce traumatisme existe donc même lorsque la crise d'épilepsie ne se produit pas. Pendant la période clonique le malade ouvre et ferme la bouche, mais il n'arrive pas toujours à l'occlusion et la violence de la contracture est toujours moindre que pendant le passage du courant. Cette dernière contracture est si violente qu'elle laisse même à un sujet présentant un articulé normal une sensation d'ébranlement de la denture. Elle est beaucoup plus puissante qu'une contracture volontaire ne peut l'être, ainsi qu'en témoigne la profondeur de l'empreinte qu'elle provoque sur du caoutchouc mou.

Chez un sujet muni d'une denture complète et résistante, il est facile d'éviter les lésions dentaires et la morsure de la langue. Il suffit de placer un baillon mou entre les dents. La difficulté apparaît lorsqu'il s'agit d'édentés partiels, appareillés ou non. La pression des muscles masticateurs s'exerce en effet sur la face triturante des dents qui restent et tend à les luxer ou à les fracturer. L'appareil que nous présentons amortit considérablement la violence du choc, grâce à l'élasticité du « caoutchouc dentaire mou » et à la présence d'un ressort.

Cet appareil est constitué par 2 porte-empreintes de hauteur réduite solidarisés en avant par une charnière. Les deux gouttières sont remplies de caoutchouc dentaire mou, dépassant légèrement les bords libres. La surface palatine du porte-empreinte supérieur est également recouverte d'une ou deux feuilles de caoutchouc. Les gouttières sont séparées en arrière l'une de l'autre par deux ressorts métalliques.



APPAREIL DE CONDROYER.

L'introduction de cet appareil en bouche n'est pas toujours aisée. Il faut le faire pénétrer de biais en introduisant d'abord la partie postérieure des gouttières. Pour introduire l'angle opposé de l'appareil, on est souvent gêné par la commissure labiale, qu'il faut tirer en dehors en l'accrochant avec l'index introduit dans la bouche. Nous n'avons dû renoncer à nous servir de l'appareil que lorsque le malade s'opposait à son introduction.

Les gouttières prennent naturellement une position correcte, il est inutile de les maintenir en place. Leur hauteur assure une bonne contention.

L'appareil peut servir un grand nombre de fois sans être regarni de caoutchouc. On peut le nettoyer ou le stériliser aussi souvent qu'on veut. Lorsque le caoutchouc est refoulé ou usé, il suffit d'appliquer une nouvelle feuille qui adhère aussitôt fortement. Il est inutile de vulcaniser.

Dans les cas assez rares où il s'agit d'un sujet ne présentant qu'un tout petit nombre de dents encore solides, très utiles pour la contention d'une prothèse mobile, cet appareil est insuffisant. Malgré son élasticité, il ne peut préserver les dents isolées et trop peu nombreuses d'un ébranlement qui les rendrait inutilisables.

Il est alors nécessaire de prendre appui non seulement sur les dents mais encore sur le rebord alvéolaire. On peut se servir d'un appareil de caoutchouc dentaire vulcanisé dont le modèle est constitué par une cire d'articulation.

Il est plus simple d'utiliser la pâte à empreinte durcie. Ce procédé imaginé par M. le Prof. Cadenat est remarquable par sa simplicité, sa précision et son faible prix de revient. Les détails de fabrication et d'utilisation de cet appareillage seront publiés quand nous en aurons une expérience suffisante.

1. Voir PERRET et NESPOULOUS : *La Presse Médicale*, 26 Juin 1943.

CLINIQUE ET LABORATOIRE

LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN ET LES RÉACTIONS DE FIXATION DU COMPLÉMENT SANS MOUTONS NI COBAYES

ACTUALITÉ SÉROLOGIQUE.

Il est inutile de souligner les difficultés rencontrées actuellement par les laboratoires de sérologie ayant un nombre élevé d'examens à faire chaque jour.

S'ils ne veulent pas se borner aux réactions de floculation qui n'ont qu'un rôle d'appoint avec un pourcentage de résultats douteux et d'erreurs incontestable, ils devront se procurer chaque jour des globules de mouton (ou élever un mouton) et entretenir un élevage de cobayes.

Ces difficultés non négligeables avant guerre sont devenues insurmontables actuellement.

On ne trouve plus, ou peu, de cobayes et les sérologistes savent parfaitement que le pourcentage des Wassermanns négatifs augmente avec le temps de conservation des hématies de mouton à la glacière.

Il y a pourtant un moyen simple de n'utiliser ni moutons, ni cobayes, c'est de faire les réactions de fixation par une des méthodes utilisant le couple hémolytique anti-humain.

Dans ces méthodes on utilise des globules humains et du complément humain, ce qui dispense de se procurer autre chose que du sérum hémolytique anti-humain qu'il est toujours possible de préparer au laboratoire.

Ces méthodes ne manquent pas depuis Tschernogubow (1908), Noguchi (1909), Emery (1912), Thompson (1913), Butler et Landon (1916), Myer (1917), Bronfrenbrenner et Echlesinger (1917), Thomson (2e méthode 1917), Ronchèse (1917), Noguchi (2e méthode 1918), Musso (*La Presse Médicale*, n° 26, 1931 et *Bulletin de l'Institut Pasteur*, Mai 1931).

Depuis vingt ans nous avons effectué plus de 120.000 réactions de fixation avec couple hémolytique anti-humain concurremment avec les méthodes classiques, et nous n'hésitons pas à écrire qu'aucun autre procédé n'est aussi simple et aussi sûr.

Voici la technique que nous préconisons pour le travail en série où l'économie de tout ordre doit être recherchée sans nuire le moindrement à la sécurité.

A. ÉLIMINATION DES SANGS NÉGATIFS. — Faire pour chaque sang une suspension de ses globules dans son propre sérum, telle qu'un hémoglobinimètre, papier titre 15 à 20 pour 100 environ d'hémoglobine. On a d'ailleurs très rapidement cette valeur « dans l'œil ».

Deux tubes suffisent : dans le tube antigène, III gouttes de la suspension globulaire ci-dessus, III gouttes de suspension d'antigène Bordet Ruelens (Besredka, gono, hydatique, ou autre), puis XIV gouttes d'eau physiologique à 9 pour 1.000, pure et récente.

Le tube témoin ne reçoit que les III gouttes de suspension et XVII gouttes d'eau physiologique.

Agiter, fixer à froid trois quarts d'heure en agitant toutes les dix minutes, puis ajouter III gouttes de sérum anti-humain (titré pour donner l'hémolyse en dix minutes) et reporter à 37°.

Dans les conditions de l'expérience, la richesse des sangs en complément ne joue aucun rôle sur le sens de la réaction mais uniquement sur sa vitesse.

Il faut lire dès que le témoin est hémolysé.

Ainsi, les sérums négatifs étant éliminés, on passe au 2e temps.

B. TITRATION DES RÉSULTATS POSITIFS. — Les sangs positifs sont repris et remontés à 4 tubes qui reçoivent chacun III gouttes de suspension globules, sérum à analyser. Les 3 tubes antigène reçoivent respectivement I goutte, II gouttes, III gouttes de suspension d'antigène.

Les 4 tubes reçoivent ensuite XVI, XV, XIV et XVII gouttes d'eau physiologique. Agiter, fixer à froid, agiter toutes les dix minutes.

Au bout de trois quarts d'heure, ajouter III gouttes de sérum anti-humain partout et lire dès que le tube témoin est hémolysé.

Ne tenir compte que des tubes *blancs* après centrifugation immédiate.

La réaction sera faible, moyenne ou forte, suivant qu'il y aura 1, 2 ou 3 tubes blancs.

EN RÉSUMÉ : cette réaction permet d'effectuer tous les examens de fixation du complément en variant l'antigène sans avoir de globules de mouton ni de sang de cobaye à se procurer.

Pour les examens en grande série (pour des collectivités de travailleurs par exemple), où le pourcentage des négatifs est grand, il y a une grosse économie de matériel et de réactifs.

Aucun B.-W. positif, même faiblement, ne peut échapper puisque la réaction à deux tubes est faite avec la dose maxima d'antigène.

Dans un deuxième temps on peut d'ailleurs parfaitement titrer le degré de positivité des sérums positifs.

ROBERT MUSSO (Saintes).

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 Janvier 1944.

Notice nécrologique sur M. Lambret. — M. Mocquot.

Diabète et électro-choc. — M. **Lhermitte** présente une note de MM. **de Ajuriaguerra et Colomb** qui rapportent l'observation d'une femme de 46 ans, au 15e accès d'une psychose maniaco-dépressive, ayant des signes discrets d'insuffisance hépatique sans aucun antécédent diabétique, chez qui on constata, après le 3e électro-choc, un diabète caractérisé par une glycosurie importante, une glycémie très élevée, une polydypsie marquée et une polyurie modérée, avec asthénie, amaigrissement et somnolence. Il s'agit, semble-t-il, de troubles de la glyco-régulation d'origine nerveuse; l'électro-choc semble avoir créé des modifications encéphaliques traduites par l'hyper-albuminorachie et joué le rôle du traumatisme générateur.

Action des oxydants et des réducteurs sur l'indice de nutrition des eaux minérales. — M. **Rimattei** rappelle que l'indice de nutrition d'une eau minérale est la différence de potentiel existant entre cette eau et les tissus de l'être vivant qu'elle baigne ; cet indice, lorsqu'on ajoute à l'eau des quantités croissantes d'un oxydant, s'élève jusqu'à un maximum, puis se stabilise à une valeur proche de ce maximum ; en ajoutant peu à peu un réducteur, l'indice s'abaisse jusqu'à un minimum, au voisinage duquel il reste ensuite. On peut annuler l'action du réducteur en ajoutant à l'eau minérale une quantité convenable d'oxydant.

Traitement des rhumatismes chroniques par les sels de cuivre. — M. **Forestier** (Aix-les-Bains) apporte les résultats du traitement de 43 malades atteints de rhumatisme chronique inflammatoire par des injections intraveineuses de nouveaux produits organiques du cuivre : le cupro-allyl-thio-urée benzoate de soude et le cuproso-thio-propanol sulfonate de soude. Cette médication est bien tolérée; ses résultats encore imparfaits sont susceptibles d'être améliorés par une posologie meilleure.

25 Janvier.

Recherches sur le taux actuel de l'hémoglobine chez les enfants sains. — M. L. **Ribadeau-Dumas** présente une note de M. A. **Bareau** qui a dosé l'hémoglobinémie avec le diffuso-absorptiomètre de Dognon chez 575 enfants de 6 mois à 15 ans; la courbe des valeurs moyennes présente deux ascensions (de 6 mois à 4 ans 1/2, où le taux atteint 11 g. 50 et de 10 à 15 ans, où le taux atteint 12 g. 70) et un fléchissement net (de 7 ans 1/2 à 9 ans, où le taux ne dépasse pas 11 g.). Malgré la rareté actuelle des aliments riches en fer, le taux de l'hémoglobine, sauf entre 6 mois et 1 an, reste sensiblement le même que celui considéré comme normal par les auteurs anglais.

Mécanisme de l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la paralysie générale. — MM. **C. Levaditi et Noury**, d'expériences faites sur la souris, concluent qu'il n'y a aucun effet antagoniste du spirille récurrent vis-à-vis du tréponème ; s'il était permis de transposer sans restriction ces données à la pathologie humaine, on serait amené à penser que l'action thérapeutique de l'infection récurrentielle dans la paralysie générale dépend de l'action pyréthogène.

Réactions cellulaires locales provoquées par l'injection intradermique d'épreuve chez le lapin guéri de vaccine cutanée. — MM. **Vieuchange** et **J.-C. Levaditi** montrent qu'à l'évolution abortive de la papule vaccinale correspond une inflammation dermo-épidermique subaiguë, plus atténuée que celle de la primo-infection, mais d'un type histologique semblable; plus la réaction est dégradée, plus elle est monocytaire; plus elle se rapproche en intensité de celle de la primo-infection, plus les polynucléaires sont nombreux; la ressemblance de ces réactions avec celles du lapin neuf est accusée par la présence d'inclusions oxyphiles dont certaines ont les caractères des corps de Guarnieri. On retrouve donc des lésions identiques à celles que déterminent les injections intradermiques de mélanges d'immun-sérum et de virus; chez le lapin, toute modification de la réceptivité au virus jennérien se traduit par une évolution écourtée de la réaction, sans substrat histologique spécifique.

Forme atypique de la psychose périodique. — M. **Barbé** rapporte 2 cas d'une forme atypique de la psychose périodique dans laquelle les accès de mélancolie sont remplacés par des périodes de stupidité; le pronostic de cette forme est encore plus sérieux que celui de la psychose périodique classique déjà très réservé.

Etude botanique et biologique d'un endomyces rose isolé d'un cas de pseudo-dysenterie « Mycotorula albicans, var. rosea ». — MM. **A. et R. Sartory.**

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

12 Janvier 1944.

Un cas de volvulus de la vésicule biliaire. — M. **Latarjet**. M. **Soupault**, rapporteur.

Sur la technique des spéliotomies. — MM. **Bernou et Goyer**. M. **Soupault**, rapporteur. Les auteurs pratiquent cette opération dans les cavernes résiduelles du sommet après thoracoplastie.

Ablation de la rotule pour poussées suppuratives dues à un cerclage métallique ancien dans une fracture fermée. Très bon résultat fonctionnel. — MM. **Chalnet** et **Grumillier**. M. **Sorrel**, rapporteur. L'ablation de la rotule fut dans leur cas suivi, comme c'est la règle, d'un résultat fonctionnel très satisfaisant.

Pancréatite aiguë provoquée par un ascaris des voies biliaires. — M. **Moulonguet** rapporte cette curieuse observation de MM. **Herbert** et **Marion.**

Iléus alimentaire. — M. **Alain Mouchet** communique 2 observations de cette rare occlusion du grêle. Dans la littérature il a rassemblé 95 cas d'iléus alimentaire, surtout dans les pays de langue allemande. On les a relevés après la guerre de 1914-1918, chez des sujets de 40 à 70 ans. Le rôle de l'alimentation est évident, l'obstacle étant constitué de débris cellulosiques et d'éléments reconnaissables : figues sèches, carottes secondairement hydratées et gonflées, et qui s'arrêtent ainsi rarement au niveau du jéjunum (7 cas), le plus souvent au niveau de l'iléon (86 cas), exceptionnellement au niveau du côlon. Le diagnostic clinique est rarement fait : une fois sur 26. On pense à une appendicite ou à une perforation. Cependant les auteurs insistent sur la fréquence du sang dans les vomissements et sur l'importance du météorisme. L'évolution, parfois, se montre extrêmement grave vers la gangrène intestinale et la perforation. Le traitement a varié suivant les chirurgiens : laparotomie, dissociation manuelle de l'amas alimentaire et refoulement progressif dans le côlon ont donné 3 guérisons. L'entérotomie avec extraction de l'amas cellulosique, employée dans 36 cas, a donné seulement 6 guérisons. L'iléostomie seule, 3 guérisons sur 5 cas. La colostomie, 1 guérison sur 3 cas. La résection intestinale, 5 guérisons sur 6 cas. La mortalité globale de l'affection a donc été de 35 pour 100.

— MM. **Debeyre** et **Leroy** apportent 2 observations du même type. Dans le premier cas, où fut fait le diagnostic d'occlusion aiguë du grêle, Debeyre fit l'extériorisation de l'anse et fit refouler le conglomérat mollasse dans le côlon. Dans le second, Leroy fit le diagnostic d'occlusion basse et pratiqua un anus gauche par lequel firent issue des noyaux. Les 2 malades ont guéri.

— M. **Barbier**, chez une femme déjà porteuse de 2 cicatrices abdominales, fait le diagnostic d'occlusion sur bride. L'intervention montra une anse perforée dans l'abdomen et de nombreux débris végétaux. L'auteur discute le mécanisme de la perforation où entrent en jeu le traumatisme des parois par le corps étranger, l'ischémie, l'infection. Il envisage ensuite les traitements possibles : entérotomie, ou fragmentation de la masse, et refoulement vers le cæcum.

Dans un deuxième cas il s'agissait d'une femme de 40 ans

ayant subi une gastrectomie et dont la bouche anastomotique était large. Elle fit une occlusion aiguë du jéjunum. A l'intervention, jéjunum épaissi contenant une masse de la taille d'une grosse noix. L'entérotomie fit donner issue à une botte végétale serrée.

— MM. **Sénèque** et **Roux** apportent 2 observations d'iléus alimentaire. Dans l'une, l'aspiration ramena des débris végétaux. L'iléostomie fut insuffisante. On fit une iléo-transversostomie. Mort. Dans l'autre, la symptomatologie était celle d'une hernie étranglée. L'anse malade apparut pâteuse. On pensa à une occlusion par ascaris. L'entérotomie donna issue à des pépins de raisins. Les auteurs estiment donc qu'il est nécessaire d'évacuer l'intestin.

Présentation de malades. — M. **Boppe**. 2 résultats excellents de plasties à la soie tressée.

Présentation de pièce. — M. **Soupault**. Pièce de côlite gangréneuse.

19 Janvier.

Iléus alimentaire. — MM. **Moulonguet** et **Mocquot** apportent de nouvelles observations.

— M. **Mondor** cite 4 cas, un à type de hernie étranglée, un autre en amont d'un cancer du côlon transverse, un dernier, paralytique, gastrojéjunal aigu.

Images radiographiques d'ascaris au cours d'une subocclusion. — M. **Fèvre** apporte avec MM. **Cottenot** et **Chérigié** l'observation d'un enfant atteint de subocclusion simulant l'invagination. L'ingestion barytée a montré les ascaris et aidé à leur dispersion et à la levée de l'obstacle. On voit sur les radios les ascaris tantôt moulés par l'extérieur, tantôt en coupe claire transversale, tantôt même remplis de baryte.

Vitamine K et prévention des hémorragies post-opératoires. — M. **Mallet-Guy** (Lyon) apporte 102 cas où il a recherché chez des hépatiques la teneur sanguine vitamine K. Le taux de la prothrombine, sécrétée par le foie, a été déterminé selon la méthode de Meunier. La médication vitaminée associée à des extraits biliaires ramène très vite le taux de vitamine à un chiffre normal. Après l'intervention, on continue l'administration de vitamine K, car elle en fait toujours tomber le chiffre. L'auteur n'a pas observé de complications hémorragiques post-opératoires.

— M. **Moulonguet** appuie les conclusions, mais il pense que le foie dans certains cas ne peut pas transformer la vitamine K en prothrombine.

Cinq observations d'œdème malin de la face traité par la méthode de Legroux. — M. **Lafitte** (Niort) apporte 4 cas favorables à l'emploi de la méthode. Cependant une forme spécialement grave n'a pas été influencée par le traitement.

— M. **Moulonguet** cite un cas remarquablement amélioré par la méthode iodo-sulfamidée. Il s'agissait d'une staphylococcie très maligne de la face. Mais dans les anthrax enlevables le traitement chirurgical garde tous ses droits.

— M. **Sénèque** cite un cas très grave guéri par le bactériophage.

— M. **Basset** vante les mérites du propidon.

— M. **Leveuf** rapporte une staphylococcie maligne de la face qui, malgré des doses impressionnantes de sulfamide, s'aggravait encore. Le propidon a donné un résultat local excellent, mais depuis 6 mois le malade fait d'énormes abcès à staphylocoques.

— M. **Sorrel** pense que les sulfamides n'ont pas une action remarquable sur les staphylococcies. Il n'a jamais obtenu de résultat.

— M. **Banzet**, inversement, a vu un furoncle de la face non amélioré par le propidon, mais guéri par le dagénan. Chez ce malade de nouvelles localisations ont apparu, que le dagénan a chaque fois jugulées. Dans d'autres cas les sulfamides lui ont paru sans action.

— M. **Moulonguet** rappelle que la sulfamidothérapie n'est pas un traitement universel, mais que dans certaines indications précises son rôle ne peut être contesté.

Un signe clinique de l'appendicite. — M. **Chavannaz** (Bordeaux). La triade symptomatique de l'appendicite, douleur, vomissement et contracture, manque souvent d'un élément. Dans des cas difficiles, le diagnostic peut être aidé par la percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure, révélant une matité droite.

— M. **Mondor** pense que le signe de la percussion douloureuse est bien loin d'avoir la signification que certains auteurs lui ont attribué.

Traitement des séquelles de la paralysie obstétricale du plexus brachial. — M. **Raphaël Massart** a fait 2 fois une transplantation du grand pectoral sur le muscle deltoïde. Les résultats ont été bons.

— M. **Leveuf**, rapporteur, a renoncé depuis longtemps aux dérotations et préfère les sections des parties rétractées. Il ne sait pas si le procédé employé par Massart sera toujours heureux.

Les troubles de la miction après opération du cancer du rectum. — MM. **Cibert**, **Cavailher**, **Maillet** et **Pujol** (Lyon). Il y a des troubles précoces très fréquents, souvent peu nets, latents, à type de dysurie et rétention. Après 3 mois, Cibert, sur 173 malades opérés de cancer rectal, a trouvé 23 fois une rétention ayant en général une évolution spontanément favorable; 6 fois les troubles ont été définitifs, rétention ou incontinence, celle-ci beaucoup plus grave. Tous ces types de rétention existent, souvent associés avec la dysurie ou l'incontinence. A noter un cas d'insensibilité complète de la vessie. Les examens de spécialités montrent tous des aspects classiques. L'épreuve cystométrique permet de distinguer: des troubles du detrusor, pour lesquels il y a peu à faire, et les dysectasies.

La pathogénie est variable : chute du bloc prostato-vésical après amputation du rectum ; réveil du prostatisme latent déclenché par ce shock opératoire; lésions du plexus hypogastrique lors de l'opération.

Le rôle des techniques employées ne paraît pas évident. On a proposé comme prophylactique la résection du nerf présacré, très bas, au niveau de la corne supérieure du ganglion hypogastrique. Après, le traitement palliatif consiste en sondages, sonde à demeure, cystostomie et pilocarpine; parfois une prostatectomie ou une résection.

— M. **Rouhier** cite des exemples de fistule urinaire après ablation du rectum.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

14 Janvier 1944.

Sclérodermie œdémateuse traitée par la radiothérapie et les infiltrations ganglionnaires. — MM. **Etienne May** et **A. Netter** ont traité 2 cas de sclérodermie œdémateuse, l'un par la radiothérapie axillaire et cervicale, l'autre par la même méthode associée à des infiltrations novocaïniques des ganglions cervicaux inférieurs et supérieurs. La guérison survint dans les 2 cas et se maintient chez un des malades depuis 10 ans. Il y a donc là une thérapeutique efficace, à condition de s'adresser à des sclérodermies encore à la phase œdémateuse. Du point de vue doctrinal ces deux cas plaident en faveur de la théorie sympathique et vaso-motrice de la sclérodermie.

Sur une variété d'artérites non séniles d'étiologie inconnue. — MM. **P. Léchelle**, **Ancelin** et **Capron** relatent 11 cas d'artérite oblitérante observés en 8 mois chez des adultes de sexe masculin. Ces hommes, dont aucun n'avait atteint la vieillesse, n'étaient ni diabétiques, ni syphilitiques, ni israélites.

Les auteurs insistent sur les caractéristiques de ces artérites et sur leur fréquence actuellement insolite. Ils n'ont pu leur assigner aucune étiologie. Les diverses thérapeutiques se sont montrées très décevantes. Certains traitements, notamment les infiltrations des ganglions lombaires et même la sympathectomie lombaire, n'ont fourni que des améliorations fonctionnelles passagères. Aucun n'a eu d'effet sur l'oscillométrie.

Etude clinique, pathogénique et médico-légale d'un cas de sclérose latérale amyotrophique traumatique. — MM. **P. Léchelle** et **A. Ancelin** relatent l'observation d'un homme de 45 ans qui, à la suite d'une commotion par éclatement de bombe, vit évoluer, dans les semaines qui suivirent, une sclérose latérale amyotrophique. La symptomatologie devint complète en 1 an environ après l'accident. Analysant 90 observations du même ordre, les auteurs dégagent les particularités cliniques de la maladie de Charcot d'origine traumatique. Ils envisagent ensuite les pathogénies proposées pour relier les deux faits et concluent en affirmant l'individualité médico-légale de la sclérose latérale amyotrophique latérale.

Syndrome de Guillain-Barré. Evolution lentement ascendante; paralysie respiratoire grave au deuxième mois; guérison après séjour de 5 jours dans le « poumon d'acier ». — MM. **Massot** et **Dubois** (Rennes) rapportent l'observation d'un jeune homme de 17 ans qui fit, au 2e mois d'un syndrome de Guillain-Barré typique, une paralysie respiratoire grave. Un séjour de 5 jours dans le « poumon d'acier » permit de pallier aux accidents qui, sans lui, eussent été certainement mortels. L'évolution reprit, une fois le cap franchi, sa bénignité habituelle et se fit lentement vers la guérison, l'atteinte nerveuse s'atténuant dans le sens inverse de la progression ascendante du début.

Note sur l'utilisation de la scurocaïne intraveineuse dans les néphropathies. Son action diurétique probablement par mécanisme vaso-moteur. — M. **Langeron** (Lille) relate quelques essais de cette médication. Dans 5 cas de néphrite aiguë type *a frigore* il y eut 2 succès complets, un demi-succès et 2 échecs. Dans 3 cas de néphropathies chroniques il n'y eut qu'un succès. L'action de cette thérapeutique lui paraît être essentiellement diurétique, probablement par la levée d'une vaso-constriction glomérulaire, cette notion pouvant aider à comprendre les indications et les possibilités de la méthode. Des recherches complémentaires sont naturellement nécessaires, et notamment la mesure du débit glomérulaire.

21 Janvier.

Un nouveau cas de leptospirose à « L. grippotyphosa ». — MM. **Y. Boquien** et **Kerneis** (Nantes) relatent le cas d'une femme de 27 ans qui, après avoir pris des bains dans la Sèvre nantaise, fut brusquement atteinte d'un état fébrile avec syndrome méningé discret qui guérit en 8 jours. Une rechute fébrile passagère survint le 30e jour. Liquide céphalo-rachidien normal. Urée sanguine à 0 g. 50; séro-diagnostic positif à 1/20.000 avec *L. grippo-typhosa*.

Hématome intracérébral par rupture d'angiome capillaire. Intervention. Evacuation de l'hématome et ablation de la malformation. Guérison. — MM. **David**, **E. Carrot** et **A. Charlin** relatent l'observation d'un malade de 37 ans qui présenta par trois vagues successives une hémiplégie gauche partiellement régressive avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Intervention. Evacuation d'un caillot du volume d'une orange et extirpation d'une tumeur grosse comme une prune, constituée par un tissu angiomateux. Guérison complète. Cette observation est à apporter au dossier des hémorragies des sujets jeunes non syphilitiques et à rapprocher des hémorragies méningées récidivantes par malformations angiomateuses.

Fistulisation dans la bronche droite d'une adénopathie trachéo-bronchique caséeuse avec compression bronchique. — MM. **André Lemoine**, **G. Ledoux-Lebard** et **P. Paley**, au cours d'une primo-infection avec érythème noueux, ont noté l'apparition d'une adénopathie hilaire droite volumineuse, chez une fille de 8 ans, augmentant de volume, puis se fistulisant dans la bronche droite du lobe inférieur. Le tubage gastrique révéla la présence de bacilles tuberculeux; la bronchoscopie montra que cette fistulisation s'accompagnait d'un ensemencement de la paroi opposée, réalisant une tuberculose bronchique manifeste. Cette évolution ne s'est accompagnée, malgré une compression bronchique marquée, d'aucun trouble décelable de la ventilation pulmonaire.

— M. **Ameuille** pense que l'ouverture de ganglions caséeux du médiastin dans les bronches est plus fréquente probablement qu'on ne croit. Il est rare que les bacilles ainsi éliminés provoquent l'invasion du poumon, car le contenu est très pauvre en bacilles.

— M. **J. Hallé** n'a vu qu'une fois un ganglion caséeux s'ouvrir dans les bronches; la mort fut presque immédiate par hémorragie d'une artère bronchique.

Accidents nerveux réflexes par réinsufflation d'un pneumothorax extra-pleural. — MM. **Pierre Bourgeois**, **P. Tournier** et **J. Routier** ont observé, lors d'une réinsufflation, chez un tuberculeux excavé porteur d'un pneumothorax extra-pleural une hémiplégie gauche, passagère, survenue avant toute injection d'air, sans accidents convulsifs, mais accompagnée d'anxiété et de l'apparition de marbrures violacées du côté droit du corps. Une réinsufflation ultérieure, succédant à d'autres qui s'étaient passées sans incidents, donna lieu à une nouvelle hémiplégie gauche, accompagnée cette fois d'accidents convulsifs à droite, également avant toute injection d'air. L'hémiplégie se montra durable. On dut faire un blocage à l'huile de la cavité qui s'effectua sans incident en 5 à 6 injections après anesthésie soigneuse à la novocaïne.

— M. **Lenègre** souligne que de tels faits ne plaident pas en faveur de l'origine gazeuse de l'épilepsie pleurale. Il a pu lui-même observer un cas d'épilepsie au cours d'une ponction péricardique effectuée par la voie de Marfan, après anesthésie plan sur plan, la plèvre n'ayant certainement pas été atteinte.

Tuberculose et sous-alimentation. — MM. **Pierre Bourgeois**, **Fourestier** et Mlle **della Torre** étudient les variations de la tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire en fonction de l'âge des sujets et de la ration alimentaire qu'ils reçoivent selon les catégories E, J^1, J^2, J^3, A, V, T. La catégorie E, qui n'a pas de déficit alimentaire, ne présente pas d'augmentation des cas de tuberculose pulmonaire, à l'inverse de toutes les autres catégories qui sont soumises à la sous-alimentation. L'augmentation est très importante dans la seconde enfance, nette pour la catégorie J^3, marquée pour les catégories A et T, plus grande encore pour V. La tuberculose extra-pulmonaire se montre en augmentation dans la catégorie E, par suite de la fréquence de la méningite tuberculeuse. L'augmentation est peu importante pour J^2, marquée pour A et V. Les auteurs étudient ensuite la morbidité tuberculeuse en fonction de la profession. Les catégories T^1 et T^2 présentent une augmentation plus forte que T, le déficit alimentaire réel étant plus accusé chez les travailleurs de force.

Kyste gazeux congénital du poumon, suppuré et opéré. Lobectomie. — MM. **P. Pruvost**, **Robert Monod**, Mlle **Aubin** et **M. Brincourt**. — Il s'agit d'un kyste congénital isolé de la base droite qui s'est manifesté par une suppuration broncho-pulmonaire assez alarmante et récidivante, avec lésions d'emprunt variées (broncho-pneumonie, abcès, ectasies bronchiques, pyosclérose). Complètement masqué dans les périodes fébriles, il se présentait au contraire dans les périodes d'accalmie et de nettoyage radiologique sous forme d'un kyste gazeux à contours fins, donnant l'impression d'avoir des parois plissées et affaissées. En communication directe avec trois bronches, il contenait un liquide gélatineux et purulent : son examen histologique ne laissa aucun doute sur sa nature congénitale.

En raison des complications graves dont il était l'origine, son exérèse avait été décidée. Lobectomie en deux temps, très difficile en raison des adhérences pariétales, diaphragmatiques, interlobaires et médiastinales, mais bien supportée. Une tuberculose secondaire emporta malheureusement la malade, 1 an 1/2 après.

Péritonite encapsulante. — MM. **P. Nicaud, J. Gosset, A. Lafitte** et **M. Prunel** ont observé un nouveau cas de péritonite encapsulante. Début brusque chez un homme de 54 ans, caractérisé par des vomissements très abondants et répétés, sans signes occlusifs et avec une légère diarrhée. Il existait une masse para-ombilicale. Sans préparation, l'examen radioscopique abdominal debout montre deux poches hydroaériques, une supérieure sous l'hémidiaphragme gauche, une poche inférieure sous-jacente représente l'angle colique gauche. La gélobarine injecte d'abord la poche à air qui représente la moitié externe de la poche sous-diaphragmatique, puis descend en mince filet le long de la grande courbure. Le segment horizontal de l'estomac refoulé forme le bas-fond de la moitié interne de la poche sous-diaphragmatique. Il y a donc un volvulus gastrique formant deux poches. Le bulbe est distendu, le cadre duodénal est allongé et déroulé. Il y a sténose incomplète de la première anse jéjunale. Les anses grêles pelotonnées au centre de l'abdomen forment une masse autour de laquelle le côlon est disposé en couronne.

A l'intervention, l'estomac et le duodénum sont dilatés. Au-dessous du côlon transverse, la masse grêle forme un gros boudin court en W de l'angle duodéno-jéjunal à la valvule iléo-cæcale, encapsulé par une membrane nacrée.

Le malade, revu 6 mois après l'opération, a engraissé de 16 kg. L'examen radiologique montre l'absence d'image hydroaérique, un estomac et un duodénum normaux. Les anses grêles ne sont plus ramassées au centre de l'abdomen. Le cadre colique est normal.

Il s'agit donc d'une péritonite encapsulante typique. L'enquête étiologique est restée négative, il n'y avait aucune lésion tuberculeuse, ni péritonéale, ni pulmonaire, ni récente, ni ancienne. La membrane était constituée par des lames collagènes superposées avec rares fibroblastes sans réaction inflammatoire, sans lésion spécifique tuberculeuse. La recherche de l'origine syphilitique a été également négative. Il n'existait enfin aucun traumatisme opératoire antérieur ni aucune lésion viscérale, ou périviscérale, ou péritonéale préexistante.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

22 Janvier 1944.

Les peptones du bacille de Koch, facteurs d'amaigrissement par affaiblissement du cœur. Action protectrice exercée par les ferments dégradateurs. Etude comparative des peptones tissulaires : musculaires et pulmonaires. — M. **F. Maignon** a obtenu tous les poisons tuberculeux, de l'amaigrissement, de l'hyperthermie et de la lésion (fibrose et nécrose) par l'action de la pepsine chlorhydrique sur des bacilles morts.

Le filtrat contenant les peptones bacillaires en injection intracardiaque au cobaye produit immédiatement un affaiblissement considérable du cœur, par excitation du parasympathique, accompagné d'amaigrissement, dû à la diminution d'irrigation sanguine des tissus.

Les ferments dégradateurs de peptones bacillaires extraits du sang de chiens qui ont reçu en intraveineux lesdites peptones, injectés en intrapéritonéale 2 heures avant l'injection de peptone, exercent une action protectrice complète sur l'affaiblissement du cœur et la perte de poids.

Action comparée des barbituriques, des hydantoïnes et des bromures sur l'épilepsie électrique du rat. — MM. **Jean Delay** et **A. Soulairac** ont étudié par l'électro-choc l'épilepsie expérimentale du rat et constaté qu'elle s'accompagnait d'une nette hyperglycémie, comme l'épilepsie électrique de l'homme.

L'administration préalable de barbituriques (éthylphénylmalonylurée) empêche la production de l'épilepsie électrique et de l'hyperglycémie, contrairement à l'administration d'hydantoïne ou de bromure. Chez l'animal hydantoïné (5,5-diphénylhydantoïne) on obtient la crise convulsive et l'hyperglycémie à condition d'augmenter le milliampérage et le voltage : la crise est modifiée, caractérisée par un raccourcissement de la phase tonique et un allongement de la phase clonique. Chez l'animal bromuré (bromure de sodium) on obtient la crise convulsive et l'hyperglycémie sans augmentation du milliampérage ni du voltage : la crise est modifiée et de type essentiellement tonique.

Cancer du foie apparu chez un lapin irradié par neutrons. — MM. **Laccassagne** et **Joliot**.

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX LIBRES

3 Novembre 1943.

De l'emploi des sulfamides dans les otites moyennes aiguës. — M. **J. Festal**, dans sa communication, partisan de l'emploi systématique des sulfamides dans toutes les otites moyennes aiguës, insiste, pour éviter les complications mastoïdiennes :

1° Sur la nécessité de donner, dès après la paracentèse, des doses de sulfamides suffisamment élevées, de 10 à 15 g. chez l'adulte, de 3 à 5 g. chez un enfant de 5 ans par exemple, par 24 heures.

2° D'échelonner ces quantités par doses fractionnées.

3° De poursuivre le traitement pendant un minimum de 8 jours — parfois plus — avec doses décroissantes à partir du 4e jour, même si les signes généraux, fonctionnels et physiques se sont amendés.

L'auteur a pu constater combien le traitement sulfamidien rendait difficile l'indication opératoire d'une mastoïdite, du fait par le traitement, de l'abâtardissement ou de la disparition des signes classiques, qui permettaient jusqu'ici le diagnostic. Il pense cependant que malgré ces difficultés le traitement sulfamidien s'impose.

En concluant, après avoir donné quelques chiffres de sa statistique personnelle, il insiste sur la nécessité de suivre de très près les malades traités par les sulfamides et de ne considérer leur guérison comme acquise, même après tarissement de l'écoulement, seulement lorsque la douleur spontanée ou provoquée aura totalement disparu et lorsque l'audition sera redevenue normale.

Néphrites graves au cours de traitements sulfamidiques intensifs. — M. **P. Renault** rapporte 2 observations de néphrites aiguës déterminées par l'ingestion de dose massive de sulfamides chez des sujets jeunes ayant une intégrité viscérale certaine. Dans les deux cas il observa un syndrome de néphrite aiguë avec anurie, transitoire dans le premier cas, définitive et suivie d'évolution mortelle dans le deuxième cas. L'auteur rappelle qu'au début de la sulfamidothérapie on observait des résultats favorables avec des doses quotidiennes inférieures à 8 g. et que la posologie a été sans cesse en s'accroissant. Sans nier l'efficacité et parfois la nécessité des fortes doses, l'auteur rappelle la toxicité et le danger des doses massives et conseillent une extrême prudence dans leur emploi.

Le mois scientifique et professionnel. — M. **J.-A. Huet.**

Sur une classification des constitutions humaines euplasiques basée sur l'embryologie. — M. **Martiny.**

J.-A. HUET.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

25 Octobre 1943.

Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. — MM. **R.-H. Hazeman** et **P. Fouque** exposent que depuis plus d'un an et demi l'O. P. H. S., en collaboration avec les A. S., a organisé des consultations régulières de prophylaxie mentale dans 27 dispensaires couvrant Paris et la banlieue. Ces consultations sont assurées par des médecins spécialisés. Des assistantes et auxiliaires assurent un rôle de dépistage, de propagande ou, quand le cas le permet, d'action familiale. 4.000 sujets ont été examinés et 600 placés. La tâche reste encore vaste : amélioration de l'action sociale et familiale, coordination des efforts en faveur de l'enfance déficiente, propagande d'hygiène mentale, extension aux « petits psychopathes » adultes, organisation de la post-cure des malades sortis.

La technique du service social psychiatrique. — M. **Génil-Perrin** et Mlle **Hébrard** exposent les difficultés particulières inhérentes au service psychiatrique. Ils insistent sur la nécessité pour les assistantes d'avoir des notions suffisantes de psychiatrie et de s'en tenir à leur rôle strict d'enquête, d'information et de travail social. Exposé de l'organisation en vigueur à l'hôpital Henri-Rousselle.

— MM. **Demay, Gouriou** et Mlle **Cuillerre** précisent le rôle de l'assistante sociale à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique.

Sur un cas d'épilepsie du réveil avec symptômes diencéphaliques associés. — MM. **Anglade** et **H. Hecaen.** Observation de crises d'agitation motrice atypique ne survenant qu'au réveil du sommeil normal ou d'accès narcoleptique (électroencéphalogramme en faveur de l'épilepsie). En raison de l'hyperthermie *sine materia* et de l'obésité transitoire associées, l'origine diencéphalique de tels accès paraît probable.

L'hyperlipidémie du post-électro-choc. — MM. **Jean Delay** et **A. Soulairac** ont constaté, après l'E. C., une augmentation habituelle des lipides totaux du sérum, de 15 à 20 pour 100. Le cholestérol total ne subit pas de modifications. Par contre, il existe une diminution constante du cholestérol estérifié avec augmentation concomitante du cholestérol libre et diminution du rapport cholestérol estérifié/cholestérol total.

Les auteurs ont observé, comme lors de leurs recherches antérieures, 10 pour 100 environ de cas où les diverses réactions du post-électrochoc sont inversées.

L'oligurie du post-électro-choc. — MM. **Jean Delay** et **A. Soulairac** rapportent les résultats de leurs recherches sur l'action de l'E.C. sur le comportement rénal et le métabolisme de l'eau.

1° Augmentation très nette des concentrations de l'urée, des phosphates et des chlorures à la suite du choc. L'augmentation de ces concentrations se poursuit pendant 24 heures environ pour les phosphates et l'urée, tandis que la concentration chlorurique est déjà diminuée.

2° Oligurie habituelle importante à la suite de l'E.C. Les quantités éliminées varient de 4 à 1 environ. En outre, diminution du taux d'élimination de la P.S.P. et modifications de la constante d'Ambard.

Dans environ 10 pour 100 des cas existent des réactions inversées à la suite de l'E.C.

Syndrome hémialgique avec altérations de l'image corporelle. — MM. **Lhermitte** et **Tison** présentent une femme de 62 ans qui, après plusieurs ictus, fit une hémialgie droite sans troubles objectifs des sensibilités, mais avec, d'emblée, perturbations profondes de l'image de soi. La malade pensait, à certains moments, que ses membres droits se trouvaient dans des positions bizarres très différentes de la réalité ; à d'autres moments, que ses membres et surtout son bras ne lui appartenaient plus ou avaient disparu.

Pas de déficit des sensibilités, de la motricité, de la réflectivité. D'où l'on peut conclure à l'existence d'une lésion thalamique intéressant les fibres cortico-rolandiques (les lésions limitées à la couche optique n'entraînant pas de perturbations de l'image corporelle).

Une forme d'actualité de revendication altruiste chez un paranoïaque. Délire dogmatique de justice sociale avec réactions actives de dénonciation. — MM. **Léon Michaux** et **Brisson.**

8 Novembre.

Paranoïa et paraphrénie. — MM. **Jean Delay, G. Deshaies** et **Talairach** présentent un homme de 48 ans, atteint d'un grand délire chronique, forme intermédiaire aux délires paranoïaque et paraphrénique. Ce délire de grandeur, à thème pseudo-scientifique (méthodologie nouvelle appelée à bouleverser la science et le monde) apparaît comme le développement de la personnalité du malade qui souffre d'un complexe d'infériorité intellectuelle et sociale. Ce trait, joint à l'intégrité du fond mental et aux tendances revendicatrices, spécifie la structure paranoïaque. Mais le délire lui-même est incohérent et impénétrable. Le langage est une juxtaposition de para- et de néologismes, sans la systématisation des structures paraphréniques. Les auteurs soulignent l'ambiguïté de la notion de paraphrénie qui se rapproche dans ses formes fantastiques et confabulantes (Kraepelin) de la schizophrénie, et dans ses formes systématique et expansive (Kraepelin) de la paranoïa. Il s'agit ici d'une paraphrénie-paranoïaque ou méta-paranoïaque.

P. G. tardive chez une hérédo-syphilitique. — MM. **X. Abély, J. Naudascher** et **Stevenin** présentent une malade de 32 ans, vierge, qui porte des stigmates hérédo-spécifiques typiques. Après 30 ans d'intégrité neuropsychique complète, elle a été atteinte d'une paralysie générale classique à évolution progressive.

Automatisme mental et paralysie générale. — MM. **Heuyer** et **Desclaux** présentent 2 observations montrant l'identité de l'automatisme mental, qu'il s'agisse de spécificité du névraxe ou de paralysie générale vraie. Ils insistent sur le rôle de la syphilis dans l'apparition de l'automatisme. Celui-ci paraît d'autant plus riche que l'affection est moins évoluée.

A propos d'un épisode de confusion onirique post-traumatique survenu immédiatement après un accident de la rue à une femme de 75 ans, accident dont l'enquête révèle qu'il n'y a pas faute de la part de la victime. — MM. **H.** et **J.-L. Beaudouin** indiquent la difficulté médico-légale d'établir la valeur d'un appoint éthylique découvert après coup. Ils évoquent quelques autres difficultés pratiques : impossibilité matérielle d'envoyer, après guérison acquise, près de sa fille habitant la « zone sud », cette femme âgée et isolée, parce qu'elle a omis de se faire établir une *carte d'identité* qu'on ne peut lui faire délivrer ; absence de règlement de l'*instance consécutive à l'accident* ; inertie de l'Administration et de la Compagnie d'assurances.

Morphologie et psychiatrie (1re note). La méthode métrique en morphologie. Les déviations proportionnelles. — MM. **Jean Delay** et **Paul Neveu** présentent une nouvelle méthode d'examen morphologique fondée sur la notation des mensurations du sujet examiné en degrés de déviation du normotype. Les écarts, proportionnellement variables, correspondent à un rapport mathématiquement exact entre les proportions. Présentation de deux exemples cliniques de structures morphologiques différentes étudiées selon cette nouvelle méthode.

Psychose périodique chez un paranoïaque. — MM. **J. Dublineau, Digo** et **Gourmelon.** A propos d'un homme de 36 ans présentant des troubles maniaques périodiques sur un fond de paranoïa constitutionnelle, les auteurs étudient le problème typologique et nosologique. L'interprétation doit, à leur avis, se faire selon une méthodologie de typo-caractérologie structurale.

Délire systématisé hallucinatoire réactionnel chez une femme de 78 ans. Guérison par l'électro-choc. — MM. **J. Rondepierre** et **D. Colomb.**

JEAN DUBLINEAU.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Mai 1943.

Le pronostic vital dans le gliome de la rétine. — M. J. **Bruneau** rapporte 74 observations histologiquement contrôlées, comportant une proportion de 26,5 pour 100 de décès. Il estime que l'âge de l'enfant n'est que de peu de valeur au point de vue du pronostic, celui-ci étant commandé par la précocité de l'énucléation. Un délai de 3 années paraît suffisant pour considérer la guérison comme assurée du côté de l'œil énucléé. Il ne se montre pas partisan d'un complément de traitement par irradiation.

Syndrome chiasmatique au cours d'un craniopharyngiome. Evolution post-opératoire. — MM. **Prieur** et **Puech.**

Juin.

6 cas de botulisme avec manifestations oculaires. — MM. **Dollfus, Julien Marie** et **Mazure** rapportent 6 observations caractéristiques de botulisme à manifestations oculaires. Ils insistent sur les signes qui permettent le diagnostic : paralysie de l'accommodation, même sans autre atteinte de la musculature oculaire, troubles digestifs, antécédents (consommation de conserves ou d'aliments non frais).

Un cas de forme ambulatoire de botulisme. — MM. **Voisin** et **Maison** ont observé un cas léger de botulisme dont les manifestations (paralysie accommodative, parésie du voile et sécheresse de la bouche) sont apparues 3 jours après un repas suspect suivi de diarrhée pendant 48 heures. Une parésie faciale droite existait également. Guérison en 1 mois après traitement par anatoxine et sérum antibotulinique.

Un cas de gliome de la rétine traité et guéri par les rayons X. — MM. **Bègue, Le Goff** et **A. Lehmann.** Observation d'un enfant de 5 ans dont un œil fut énucléé pour gliome de la rétine vérifié histologiquement. Atteinte de l'autre œil 3 mois après : les parents refusant l'énucléation, on fait des rayons X selon une technique inédite. Depuis 4 ans la guérison se maintient : il ne persiste au fond d'œil qu'une tache de chorio-rétinite ; l'enfant paraît avoir une bonne vision.

Un cas de myopie transitoire par absorption de sulfamide à dose faible. — MM. **Nectoux** et **Dansaert.** Nouvelle observation de myopie par produit sulfamidé. Le fait intéressant réside ici dans l'absence de sensibilisation par prise préalable du médicament.

Carcinome métastatique de la choroïde traité par la radiothérapie ; guérison locale. — MM. **J. Voisin, Mallet, Cl. Boudon** et **Le Camus.** Une femme de 53 ans opérée d'un cancer du sein en 1940 subit l'énucléation de l'œil gauche en Décembre 1942 pour tumeur choroïdienne métastatique. En Janvier 1943 elle présente une baisse visuelle de l'œil droit : il s'agit d'une métastase choroïdienne droite à son début. Un traitement de radiothérapie atteignant 2.500 r, par séance de 150 r, entraîne une guérison locale. En 14 jours régression de la saillie, en 2 mois retour à une vision normale. Au fond d'œil la zone sus-papillaire légèrement soulevée s'est affaissée et prend une teinte grisâtre. La rœntgenthérapie est donc capable de transformer le pronostic visuel des métastases carcinomateuses de la choroïde.

Un cas de myopie de 6 dioptries par absorption de silénan. — M. **Mérigot de Treigny.** Dans cette observation la myopie est due à un spasme de l'accommodation (action favorable de l'atropine). L'accident paraît avoir été déclenché par une véritable sensibilisation.

Un cas de botulisme avec complications oculaires. — MM. **Bargy** et **Husset.**

Rapport sur le botulisme. — M. **Legroux.**

Octobre.

Réactions pupillaires au cours de l'électrochoc. — MM. **J. Delay** et **Dubar.** L'électro-choc produit une mydriase rapide et importante pendant la période hypertonique et un myosis, notable aussi, au cours de la période de résolution. Le réflexe photo-moteur est aboli depuis le début de la crise jusqu'au réveil. L'épreuve des collyres confirme que l'action est du type sympathicotonique, et suivie d'une réaction neuro-végétative inverse. Cette action paroxystique sur la pupille est probablement d'origine centrale et sous la dépendance du centre dilatateur de l'iris situé dans la région hypothalamique près de l'infundibulum.

Note statistique sur 200 cas de tumeurs des paupières. — M. **H. Tillé.** Le pronostic vital de toutes les formes pathologiques est favorable, exception faite pour les nævo-carcinomes. Les récidives surviennent plus fréquemment, quelles que soient les formes histologiques, après radium qu'après chirurgie.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de glaucome chronique. — M. **Jean Gallois** rappelle, et ses recherches antérieures sur la thérapeutique vaso-dilatatrice dans le traitement du glaucome chronique, et le premier essai qu'il a présenté récemment avec l'acide nicotinique en ingestion, dans un cas d'hypertension oculaire légère. Il s'agit cette fois d'un glaucome chronique grave avec cécité d'un œil. L'ingestion de 0 g. 03 seulement d'acide nicotinique abaisse la tension oculaire de manière très importante : deux séries de 5 jours augmentèrent cet abaissement et améliorèrent le champ visuel. L'auteur pense pouvoir conserver le principe qu'il a posé antérieurement : on ne peut améliorer les troubles fonctionnels chez un glaucomateux chronique sans aggraver la tension, que si le médicament vaso-dilatateur agit sur la capillaire plus que sur l'artériole, et si les doses en sont modérées : principe paraissant devoir conditionner les chances de succès de tout essai thérapeutique dans ce sens.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de dégénérescence maculaire sénile. — M. **Jean Gallois** présente un cas où l'action vaso-dilatatrice à électivité céphalique de l'acide nicotinique, en ingestion, a amélioré l'acuité visuelle, à peu près dans les mêmes proportions que faisait l'injection orbitaire de novocaïne. GUY OFFRET.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

16 Novembre 1943.

Nouveaux cas d'imperforation du conduit auditif externe avec aplasie du pavillon. Résultats opératoires. — M. **Marcel Ombrédanne** présente un enfant qui avait une absence complète de conduit auditif gauche avec aplasie du pavillon réduit à un simple bourrelet vertical et très mauvaise audition.

Après 3 interventions : autoplastie du bourrelet cutané reformant le pavillon, modelage du pavillon par greffon costal, création d'un conduit par forage mastoïdien et épidermisation par greffe de peau libre, la cicatrisation s'est faite sans sténose et l'audition est notablement améliorée.

Chez ces sujets, l'absence complète de conduit osseux est la règle, il n'y a pas d'os tympanal, l'oreille moyenne est atrophiée mais toujours existante, l'oreille interne est normale.

Au lieu de créer un puit mastoïdien derrière les rudiments de pavillon, comme autrefois, ce qui était inesthétique, l'auteur emprunte la voie de l'aditus pour pénétrer jusqu'à la caisse après avoir reconstitué le pavillon, ce qui donne un résultat plus esthétique.

— M. **J. Cathala.** Lorsqu'il y a imperforation bilatérale, quel est l'état de l'audition et quelle amélioration peut-on espérer ?

— M. **Ombrédanne.** Le sujet perçoit quelques sons grâce à la pneumatisation considérable de la mastoïde. On peut espérer une amélioration de l'audition après l'intervention.

Maladie de Riga chez deux jumelles. — MM. **A. Rossier, Dechaume, Gavois** et **Lange.** Chez deux jumelles, s'est constituée simultanément, à 6 mois, dès l'éruption des deux incisives médianes inférieures, une ulcération de la face inférieure de la langue qui s'est étendue rapidement jusqu'à réaliser une amputation de la pointe. L'ulcération profonde montre l'empreinte des dents, elle est recouverte d'un enduit diphtéroïde et ne s'accompagne ni de douleurs, ni de ganglions, ni de signes généraux, ni de modifications hématologiques. Les rapports avec le traumatisme dentaire sont évidents, mais il est difficile, en l'absence de tout germe spécifique décelable, d'expliquer le caractère extensif et nécrosant, et surtout l'apparition simultanée chez deux jumelles d'ailleurs bivitellines.

Hématémèses récidivantes et hypotrophie grave chez deux nourrissons. — MM. **Marcel Lelong** et **A. Rossier.** Chez 2 nourrissons se produisent dès les premiers mois des vomissements fréquents et des hématémèses noires, plus ou moins abondantes, récidivantes, accompagnées d'une hypotrophie considérable et d'un retard de croissance confinant au nanisme. L'affection est chronique et les auteurs ont suivi leurs deux malades l'un depuis 2 ans, l'autre près de 4 ans avec un tableau et une évolution identiques, marqués par une succession monotone d'hématémèses, à intervalles variables, de quelques jours à plusieurs semaines. Ni la radiologie, ni l'œsophagoscopie, ni même, dans un des cas, la laparotomie exploratrice n'ont permis de découvrir une lésion gastrique ou duodénale organique. Un trouble de la crase sanguine, une dystrophie vasculaire ne sont pas davantage décelables. L'hypotrophie, le nanisme, les ressemblances morphologiques des deux enfants évoquent plutôt l'idée d'une maladie constitutionnelle, mais l'étiologie de ce curieux syndrome reste entièrement mystérieuse.

— M. **J. Hallé** a vu des hématémèses coïncider avec une tumeur cérébrale.

— M. **J. Cathala.** La laparotomie permet-elle de se rendre compte de l'extérieur s'il n'y a pas un angiome ou un polype du tube digestif ? La répétition des hémorragies peut suffire à créer anémie et hypotrophie.

— M. **Paisseau.** L'observation de MM. Lelong et Rossier me rappelle un cas analogue où j'ai assisté chez un nourrisson de 3 mois environ à des hématémèses périodiques qui se sont progressivement transformées en vomissements périodiques, acétonémiques du type le plus banal. Les troubles morphologiques faisaient défaut.

— M. **Lelong.** Je retiens cette expression : hématémèses périodiques, je crois que cela qualifie bien le cas ici.

— M. **Cathala.** J'ai soigné un enfant qui doit avoir 1 an, que sa mère m'a ramené 4 fois pour des hématémèses. Pendant des intervalles de 6 semaines, 2 mois, il ne se passe rien et un jour il crache du sang. Le médecin qui le voit pour la première fois en doute, on vérifie que c'est du sang et puis, au bout de 2 ou 3 jours, il n'en est plus question. On a la paix pendant 6 semaines et puis cela recommence.

Je l'ai réexaminé au point de vue radiologique avec l'arrière-pensée qu'il devait y avoir un ulcère de l'estomac ou une lésion de cet ordre. Je me rappelais une observation de M. Lesné. Nous n'avons rien trouvé au point de vue radiologique. C'est un enfant qui doit avoir dépassé sa première année. Cet enfant jusqu'à présent a un développement somatique qui est normal. Il est normal, sauf quand il vient de faire une hématémèse où il est pâlot pendant 5 à 6 jours. C'est peut-être moins fréquent que le cas de Lelong. Et jusqu'à preuve du contraire je crois qu'on a affaire à une lésion locale.

— M. **Lelong.** L'hypothèse d'une lésion ne nous a pas échappé, seulement nous n'arrivons pas à faire la preuve. Je retiens l'hypothèse de M. Paisseau : Vomissements périodiques accompagnés d'hématémèse, cela c'est décrit chez les grands enfants.

Brièveté des muscles et inélasticité de la peau (syndrome de Roederer-Hallé). — M. **J. Levesque.** Chez un enfant de 12 ans, dyschondroplasique, les mouvements de toutes les articulations des membres supérieurs étaient limités, la peau adhérant aux os, l'aspect de la main analogue à celui de la maladie de Dupuytren. Aucune lésion osseuse, sauf une dyschondroplasie à la tête d'un des humérus. Avec l'extrait thyroïdien, l'épaisseur de la peau a disparu mais la limitation des mouvements a persisté.

Stéatose pulmonaire. — MM. **Maurice Lamy, Marcel Mignon,** M[lles] **M.-L. Jammet** et **A. Doumic** présentent une enfant de 12 ans 1/2 chez laquelle un examen radiologique du thorax pratiqué à l'occasion d'un fléchissement de l'état général fit découvrir une image pulmonaire insolite : plages opaques, denses, de contour irrégulier, occupant la plus grande partie du poumon droit mais prédominant à la base. Le poumon gauche était plus discrètement taché. La tuberculose, la maladie de Hodgkin, la maladie de Besnier-Bœck furent successivement écartées. Le souvenir d'un cas précédemment publié par M. Robert Debré fit envisager le diagnostic de stéatose pulmonaire. Un interrogatoire plus serré apprit alors que l'enfant avait reçu, 5 ans auparavant, une série d'injections intratrachéales d'huile éphédrinée. Il faut souligner la nocivité de la pratique qui consiste à instiller dans les narines et plus encore à injecter dans la trachée des huiles médicamenteuses. Se comportant comme de véritables corps étrangers, ces huiles peuvent déterminer, chez certains sujets, des lésions de broncho-pneumonie chronique dont l'importance et la gravité éventuelles ne doivent pas être sous-estimées.

— M. **J. Cathala.** Si on a fait des injections d'huile médicamenteuse, c'est sans doute pour des troubles pathologiques antérieurs qui ont joué peut-être un rôle dans la constitution du syndrome.

— M. **M. Lamy.** Le traitement s'adressait à une trachéite.

— M. **J. Huber** a vu au Mont-Sinaï's Hospital des lésions de sclérose pulmonaire dues à l'ingestion buccale d'huile de paraffine.

— M. **Armand-Delille.** Le lipiodol persiste des mois dans le poumon. Avec des injections de paraffine on réalise aussi des lésions pseudo-tuberculeuses.

— M. **Génévrier.** Une observation comparable a été rapportée dans les Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire.

— M. **R. Bourgeois.** Une stéatose pulmonaire a été prise pour une tumeur et identifiée seulement à l'opération. C'était une chanteuse qui se faisait depuis des années des instillations intra-trachéales huileuses pour soigner sa voix.

Maladie de Still et sulfamides. — MM. **Robert Clément** et **A. Combes-Hamelle** présentent une fillette de 12 ans dont la maladie de Still, absolument typique et confirmée par la biopsie d'un ganglion qui évoluait progressivement depuis l'âge de 9 ans, a été arrêtée et fonctionnellement guérie par la sulfamidothérapie.

Les énormes gonflements péri-articulaires des poignets, des coudes, des articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes, des genoux et des chevilles et les volumineuses adénopathies cervicales, inguinales et axillaires, ont diminué d'une façon spectaculaire et immédiate dès le premier traitement (17 g. de rhiazomide en 6 jours) en même temps que disparaissaient les douleurs, l'impotence fonctionnelle et la limitation des mouvements et que s'améliorait l'état général profondément atteint.

Trois autres cures espacées d'environ 3 mois ont complété ce résultat mais il demeure une légère tuméfaction péri-articulaire, un peu de leucocytose et de polynucléose et une sédimentation légèrement élevée.

La réticulo-endothéliose n'a pas modifié l'élimination de la sulfamide qui a débuté précocement et s'est fait normalement.

Convulsions de l'enfant et encéphalographie. — M. **G. Heuyer.** Chez des enfants ayant eu des convul-

sions, l'encéphalographie donne le complexe de Pointon ; ceci confirme la thèse soutenue par l'auteur que toutes les convulsions avec perte de connaissance — et la révulsion oculaire correspond pour le nourrisson à une perte de connaissance — sont d'origine épileptique et comportent un pronostic sérieux.

— M. **E. Lesné**, ne croit pas que la révulsion oculaire, sans autres signes pathologiques, puisse être considérée comme de nature épileptique. Entre 6 mois et 2 ans il est certainement des convulsions qui comportent un pronostic bénin, surtout celles survenant à l'occasion d'un épisode fébrile. De fait, certaines observées depuis plus de 30 ans n'ont été suivies d'aucun accident.

— M. **J. Lévesque**. L'encéphalographie a-t-elle été faite en série chez des spasmophiles ?

— M. **G. Heuyer**. Chez le nourrisson, il est difficile d'avoir une opinion, on a une onde lente témoignant d'une souffrance grave du cerveau ou le complexe de Pointon. Ce dernier est constant dans l'épilepsie.

— M. **J. Cathala**. Le complexe de Pointon est-il exclusivement rencontré chez les épileptiques ?

— M. **J. Turpin**. L'épreuve de l'hyperpnée que l'on fait avant l'encéphalographie provoque des convulsions chez les épileptiques, des manifestations tétaniques chez les spasmophiles. C'est une excellente épreuve de différenciation.

— M. **M. Lamy**. Les résultats de l'encéphalographie sont encore en cours d'étude. Pour obtenir un bon tracé il faut un calme absolu et même l'absence d'idéation, toute chose difficile à réaliser chez l'enfant. Presque tous les enfants soumis à la méthode ont des tracés pathologiques. Trois groupes de convulsions semblent être indépendantes de l'épilepsie : celles survenant à l'occasion d'une hyperpyrexie, celles succédant au spasme du sanglot, celles de la tétanie proprement dite.

ROBERT CLÉMENT.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

27 Mai 1943.

Hémicolectomie pour néoplasme du côlon droit hémorragique. — A propos de 3 cas, MM. **P. Santy**, **M. Latarjet** et **P. Maillet** montrent que si l'hémorragie peut révéler le cancer et pousser à une intervention précoce, elle peut forcer à intervenir à titre hémostatique alors que les conditions locales (métastase péritonéale) contre-indiquent l'exérèse. La fragilité des malades fait que là encore les auteurs utilisent de préférence la tactique en 2 temps.

Sur les méningites dans les fractures du crâne. — MM. **Desjacques** et **Pugeat**, à propos de 121 observations, prouvent l'efficacité de la sérothérapie antistreptococcique et antiméningococcique préventive. Ils n'observent, en effet, que 2 méningites septiques, à pneumocoques, mortelles, l'un des blessés n'ayant pas été traité préventivement et 2 réactions méningées avec culture stérile qui guérissent. Ils rappellent la statistique de Vulliet, de Lausanne (*La Presse Médicale*, 1929) : 105 blessés non injectés : 14 pour 100 de méningites mortelles. 48 blessés injectés : aucune méningite. Les sulfamides peuvent être aujourd'hui utilisées en renfort.

Dilatation gastro-duodénale aiguë spontanée. — M. **Badolle** (Roanne). Garçon de 16 ans, boulimique ; syndrome étiqueté volvulus de l'estomac. Intervention : l'estomac, gonflé à bloc, occupe tout l'abdomen. Le duodénum est distendu jusqu'à la corde mésentérique. Ponction simple. Fermeture pariétale. Position génupectorale post-opératoire. Mort après 24 heures.

Dilatation spontanée de l'estomac. — M. **Bruyère** (Gap). Homme de 20 ans. Syndrome aigu d'occlusion du grêle. Intervention : l'estomac occupe tout l'abdomen. Ponction simple qui évacue 7 litres de liquide. Pas d'occlusion duodénale par les vaisseaux mésentériques. Fermeture. Guérison.

Sur la figuration radiologique des ulcères duodénaux : image de niche du bord supérieur du bulbe. Présentation de radiographies. — M. **Mallet-Guy**.

24 Juin.

Raideur du genou par rétraction des ailerons de la rotule et des insertions de muscles vastes interne et externe. — M. **Tavernier**. Séquelle de fracture de cuisse chez un homme de 23 ans. La section des plans fibreux latéro-rotuliens et le dédoublement du tendon quadricipital permit la flexion opératoire à 90°. Des incidents post-opératoires entravèrent la guérison, qui fut cependant obtenue avec un résultat fonctionnel correct.

Réflexions sur le traitement chirurgical des ulcères du duodénum. — MM. **Ricard** et **J. Francillon**. Un certain degré de sténose pylorique et duodénale, l'absence ou un faible degré d'hyperchlorhydrie, un ulcère ancien évoluant depuis plusieurs années, peuvent raisonnablement faire poser l'indication d'une G. E. A. L'anastomose sera large, à la suture, proche du pylore. Sur 112 ulcères du D., 62 G. E. A. furent pratiquées. 60 pour 100 purent être suivies avec 68,5 pour 100 de guérison complète contre 73,6 pour 100 pour la gastro-duodénectomie ; 17,1 pour 100 de bons résultats contre 10,5 pour 100 et 14,5 pour 100 de résultats médiocres ou mauvais contre 15,7 pour 100. Enfin, sur ces 62 cas de G. E. A., 2 ulcères peptiques opératoires seulement. Ainsi, à côté de la gastro-duodénectomie qu'il ne s'agit de combattre systématiquement, la G. E. A. doit-elle garder une place dans le traitement de certains ulcères duodénaux ?

— M. **P. Santy**. Plus les résultats de la G. E. A. sont anciens, moins ils se révèlent favorables. Il semble même qu'ils soient meilleurs dans les ulcères de la petite courbure. La G. E. A., dans les ulcères sténosants, se complique avec une fréquence particulière d'ulcère peptique post-opératoire. Enfin, si on peut hésiter à faire une large exérèse pour un petit ulcère duodénal, elle s'impose, au demeurant assez facile techniquement, dans les gros ulcères calleux.

Septicité de certains épanchements sanguins intra-péritonéaux au cours des grossesses tubaires. Leur mode de drainage. — M. **Charvet** (Arles). M. **Ricard**, rapporteur. Le drainage n'est indiqué que s'il y a eu manœuvres abortives, si le temps écoulé entre les accidents initiaux et l'intervention a été long et s'il existe des phénomènes généraux.

Castration radiothérapique pour récidive de cancer du sein avec métastase pulmonaire. — MM. **Ricard**, **R. Cade** et **J. Francillon**. Femme de 28 ans : amputation du sein pour lésion étiquetée mastite chronique. Six mois plus tard récidive locale, signant sa nature néoplasique. Métastase pulmonaire à type granulie cancéreuse. Radiothérapie ovarienne qui transforme radicalement les symptômes subjectifs avec rétrocession des métastases locales et pulmonaires. Pas de résultat éloigné connu.

Dilatation gastro-duodénale et gastro-intestinale aiguë. A propos de 3 observations. — M. **P. Truchet** (Chambéry). M. **Ricard** rapporteur. 1er cas : garçon de 8 ans. Intervention : dilatation de tout l'intestin. Appendicostomie de vidange. Fermeture sur la sonde qui est enlevée au 6e jour. Guérison.

2e cas : garçon de 8 ans. Observation identique. Mort 10 heures après l'intervention.

3e cas : homme de 41 ans. On pose le diagnostic clinique de dilatation gastro-intestinale aiguë. Abstention opératoire. Infiltration splanchnique et lombaire gauche : après quelques moments, vomissements en fusée évacuant 3 litres de liquide. Décès. A l'autopsie, perforation gastrique spontanée.

R. GUILLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

4 Octobre 1943.

Fracture spiroïde de jambe. Traitement par fixateur externe de Bœwer. — M. **Jules Giraud** Présentation d'un blessé atteint de fracture spiroïde de jambe 2 mois après son accident. Traité par l'application d'un fixateur externe de Bœwer sans ouverture du foyer de fracture, ce blessé est consolidé, marche avec une canne, ses articulations ont toute leur mobilité. L'auteur se propose de continuer ce traitement, peu gênant pour le patient, qui paraît donner de bons et rapides résultats.

Absence de torsion de l'anse ombilicale. Son incidence dans la technique de la gastrectomie. — M. **Jean Lamy** s'est trouvé, pour la deuxième fois, au cours d'une gastrectomie, devant un manque de torsion de l'anse ombilicale. L'inversion du duodénum empêche dans cette circonstance la réalisation de l'anastomose à la Finsterer. Le rétablissement de la continuité digestive par le procédé de Péan est alors tout spécialement indiqué par la mobilité extrême du moignon duodénal.

Volvulus d'un mégacæcum autour de sa ligne d'accolement. Réduction. Fixation au péritoine pariétal. Deux mois après occlusion du grêle par bride. Iléo-transversotomie. Hémicolectomie droite secondaire. Guérison. — MM. **Picaud**, **Gaujoux** et **Ferrand**. M. **J. Dor**, rapporteur.

11 Octobre.

A propos de l'irrigation artérielle du muscle grand fessier. — M. **Salmon** présente des radiographies du muscle grand fessier. Il montre que les artères principales de ce muscle sont fournies par l'artère ischiatique, que leur calibre est considérable et qu'elles ne possèdent pas d'anastomose de fort calibre.

Ces notions expliquent l'importance des hémorragies après blessure du muscle grand fessier et les myosites développées au niveau de ce muscle à la suite d'injections de certains liquides médicamenteux caustiques.

Une variété rare de situation et d'implantation de l'appendice. — M. **Bourret**. M. **Salmon**, rapporteur. L'appendice implanté sur le bord externe du cæcum est remonté en avant du côlon ascendant auquel il était fixé par des adhérences. Le méso-appendice paraissait se continuer avec le fascia d'accolement rétro-colique. Le fond cæcal était situé sous l'iléon. Toute la région cæco-appendiculaire était en quelque sorte inversée.

Cette situation expliquait le syndrome anormal d'appendicite. L'enfant avait été traité pendant longtemps pour des « crises de foie ».

Le rapporteur insiste sur la rareté de cette anomalie et sur la nécessité dans les cas douteux d'enlever l'appendice chez les enfants atteints de soi-disant typhlite, côlite, ou état hépato-vésiculaire lorsque le traitement médical ne fait pas immédiatement ses preuves.

A propos du traitement des hernies étranglées avec sphacèle et perforation de l'anse incarcérée. — M. **J. Cottalorda** propose une technique de cure radicale, semblable dans ses grandes lignes à celle de Dor et Dalmas, et basée sur les principes suivants : Abord par laparotomie du pied de l'anse étranglée et rétablissement à distance de la continuité intestinale, sans toucher au collet. Traitement de l'anse incarcérée après extra-péritonéalisation.

Note à propos d'une cause d'échec possible de l'anesthésie péri-durale. — MM. **Bourde** et **Fiat**. La notion de vide épidural est à la base de la technique de la péri-durale. Or, les auteurs signalent la possibilité de mettre en évidence une pression négative avant que le biseau de l'aiguille soit en place dans l'espace épidural. Non averti de ce fait que les auteurs expliquent assez mal, on peut donc pousser le liquide anesthésique en dehors de l'espace convenable et aboutir à un échec. Pour l'éviter, il suffit de rompre la communication aiguille-manomètre, puis, après l'avoir rétablie, de progresser lentement pour obtenir la vraie pression négative de la région épidurale.

18 Octobre.

A propos du traitement tardif des hernies étranglées. — M. **P. Moiroud**. Les cas faciles pour la conduite technique sont ceux où l'on reconnaît facilement la gravité des lésions intra-sacculaires (phlegmon pyostercoral) : le doute n'étant pas permis, il faut d'emblée opérer par voie intra-abdominale. Les jours suivants, on traitera les lésions intra-sacculaires. Dans les cas où la gravité des lésions intestinales est douteuse, il faut d'abord intervenir par voie crurale. Si les lésions font craindre l'ensemencement de la grande cavité, il faut, sans avoir débridé le collet, passer au temps abdominal.

Enfin, l'auteur précise l'anastomose latéro-latérale après résection, la sulfamidothérapie et l'aspiration duodénale.

Les fistules bilio-biliaires (perforations acquises et coalescences congénitales). A propos d'une observation personnelle. — M. **J. Fiolle** étudie les fistules bilio-biliaires, dont il n'a trouvé aucune mention dans la littérature chirurgicale. Chez une malade âgée, ictérique depuis 1 an, la radio montrait une « vésicule » calcifiée, exclue. A l'opération l'auteur découvre sous le rebord costal une vaste poche, contenant des calculs, et s'ouvrant largement par sa face interne dans l'hépatique. De part et d'autre, la voie principale était perméable et, en particulier, le cholédoque inférieur ne présentait aucune trace de stricture. D'autre part, il n'existait aucune autre formation pouvant représenter un vestige de vésicule. Ablation des calculs, résection d'une partie de la poche et reconstitution de la voie principale sur drain de Kehr. Guérison.

L'auteur discute l'hypothèse d'une malformation congénitale et en particulier d'une « dilatation kystique » et opte fermement pour une lithiase primitive de la vésicule, qui s'est accolée à l'hépatique et a fini par s'ouvrir dans la cavité. Quelle que soit la pathogénie invoquée (lésions acquises ou malformations congénitales) l'existence de telles fusions ne peut être mise en doute. Quelques-unes doivent correspondre à certaines « prétendues absences » de vésicule.

L'auteur passe enfin en revue les méthodes thérapeutiques utilisables en pareils cas.

A propos d'une gastrectomie sous-cardiaque. — M. **J. Dor**. Difficulté de suspension de l'anastomose gastro-jéjunale dans ce genre de gastrectomie. Echec de cette suspension dans le cas présenté avec reflux important dans l'anse afférente, petite fistule gastrique rapidement tarie. Le malade est actuellement guéri. Ces petits incidents sont dus à la précarité de la séreuse du bord droit de la petite courbure qui, dans la partie haute, correspond en réalité au bord droit de l'œsophage.

Fracture du corps de l'astragale. Résultat après 2 ans. — MM. **L. Déjou** et **P. Ouary**. Il s'agit d'une fracture frontale du corps de l'astragale avec gros déplacement survenue chez un sportif de 23 ans à l'occasion d'un saut en longueur. Le fragment antérieur, comprenant la moitié antérieure du corps, le col et la tête, est resté solidaire du pied qui est luxé en avant et en dehors, tandis que le fragment postérieur a basculé en bas. La réduction fut obtenue facilement sous anesthésie générale par l'hyperextension du pied suivie d'une immobilisation plâtrée pendant 2 mois.

Le résultat anatomique se traduit par une pseudarthrose serrée, le trait de fracture ayant subi une évolution régressive après la première année.

Le résultat fonctionnel est excellent à partir du 17e mois, puisque le blessé a conservé l'aptitude au service des marins pompiers, dont il assure toutes les charges.

Cette observation s'ajoute à la liste des résultats favorables qui démontrent combien est abusive l'indication systématique de l'astragalectomie dans les fractures du corps de l'astragale avec déplacement.

J. LAMY.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 655.

Quid d'une côlite fébrile et de l'œdème d'un membre inférieur ?

Par Louis Ramond,
Médecin de l'hôpital Laennec.

La visite de Mme P..., ancienne institutrice, mariée à un fermier, m'est annoncée en ces termes par son médecin : « Cette femme de 50 ans n'a jamais eu de maladie grave; mais c'est une constipée chronique depuis son jeune âge. Il y a deux mois et demi elle a eu une diarrhée aiguë fébrile lui donnant par jour 9 à 10 selles liquides, jaunes, très fétides, accompagnées de vives douleurs abdominales et de ballonnement du ventre. Sa température a dépassé 39° pendant une dizaine de jours ; puis elle a persisté une semaine encore à 38°, 38°5. Le pouls était entre 120 et 100, en rapport avec l'élévation thermique. La rate n'était pas grosse. Il n'y avait pas de bronchite. Le séro-diagnostic des infections typho-paratyphiques a été négatif. Tous les traitements habituels des entérites ont échoué. Cependant la diarrhée a fini par disparaître progressivement; la constipation s'est réinstallée et l'abdomen est resté très ballonné. Enfin, depuis trois semaines est apparu sur le membre inférieur droit un œdème mou, non douloureux, sans reprise de la fièvre, sans accélération du pouls, sans albuminurie... œdème qui, bien que strictement unilatéral, n'a pas les caractères d'un œdème phlébitique. »

De la lecture de cette lettre je tire cette impression que cette fermière présente avant tout un œdème unilatéral frappant le membre inférieur droit, œdème non phlébitique, qui ne peut donc être que sous la dépendance d'une compression abdominale. Or, cet œdème est survenu à la suite de troubles intestinaux, faits de diarrhée d'abord, puis de constipation avec météorisme abdominal, chez une femme de 50 ans. Tout cela n'est-il pas très évocateur de l'existence d'un *cancer du gros intestin* déterminant des réactions coliques et comprimant les veines efférentes du membre inférieur droit à leur passage dans la cavité abdominale ?

C'est dans cet état d'esprit que, *le 28 Septembre 1943*, j'attends Mme P... Or, à peine arrivée chez moi, elle demande les W.-C. C'est une raison de plus pour moi de penser qu'elle est bien atteinte d'un cancer de l'intestin terminal qui lui donne de « faux besoins » d'aller à la selle. Et quand, bientôt, elle paraît devant moi, mon hypothèse de cancer se renforce du fait de son aspect général, car elle est amaigrie et fatiguée ; elle a le visage pâle et les yeux cernés.

Son interrogatoire confirme ce que m'a appris son médecin et le précise en certains points. C'est *le 15 Juillet dernier* qu'elle a été prise brusquement de très violentes coliques en barre à la partie supérieure de l'abdomen avec nausées, mais sans vomissements et sans évacuations alvines, ses essais de défécation n'aboutissant alors qu'au rejet de quelques glaires intestinales. La diarrhée, d'abord brunâtre puis jaunâtre, ne s'est installée que le lendemain en même temps que s'allumait la fièvre. La maladie a alors évolué comme un embarras gastrique fébrile avec diarrhée pendant une quinzaine de jours. Puis la constipation a remplacé la diarrhée. Pourtant, depuis lors, cette femme garde le lit presque toute la journée. Elle est constamment ballonnée ; elle l'est principalement après les repas ; aussi a-t-elle réduit considérablement son alimentation malgré la conservation de son appétit. C'est pourquoi elle a beaucoup maigri.

Elle se plaint surtout de son gros ventre, qu'elle voit, dit-elle, augmenter chaque jour de volume et qui, sans être vraiment douloureux, lui donne constamment une impression de tension abdominale très pénible.

Elle n'a remarqué l'enflure de son membre inférieur droit que dans les *premiers jours de Septembre.* Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans ce membre, et elle s'en sert comme s'il était normal. L'œdème ne cesse d'augmenter progressivement.

Depuis un mois la température centrale est toujours restée normale.

Mme P... a perdu son père à 63 ans de néphrite chronique. Elle a encore sa mère, très bien portante à 80 ans. Elle a eu deux filles : l'une est morte à 20 ans d'hémorragies utérines; l'autre a 30 ans et elle est en bonne santé.

Ce qui frappe dès l'abord chez cette fermière, pâle et émaciée, c'est la discordance entre son amaigrissement général et l'importance de son ventre. Celui-ci est proéminent, avec un ombilic déplissé et de nombreuses vergetures distendues. Il n'est pas sillonné par une circulation veineuse collatérale superficielle; il n'est pas non plus infiltré d'œdème ni dans les flancs, ni dans la région sus-pubienne. Mais il renferme de l'ascite en moyenne abondance, ascite mobile attestée par la matité constante dans les parties déclives et la sonorité, constante également, dans ses parties hautes. Nulle part l'abdomen n'est douloureux à la pression et il se laisse partout déprimer sans défense musculaire. Je n'y sens aucune tumeur et je n'y puis découvrir au palper ni le foie ni la rate dont les dimensions sont donc normales.

L'examen du thorax m'apprend que les plèvres et les poumons sont intacts. Au cœur j'entends un souffle systolique mitral rude dont la malade — qui n'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu — n'a jamais entendu parler. Cette insuffisance mitrale a toujours été d'ailleurs admirablement compensée, car jamais cette cultivatrice très active n'a eu de dyspnée d'effort. La tension artérielle est de 15×8 au Vaquez.

Le membre inférieur droit est infiltré en totalité par un œdème non douloureux, blanc, mou, dépressible, prenant et gardant le godet. Il n'est le siège ni de varices, ni d'aucune circulation veineuse collatérale superficielle. Le genou droit est sec, sans hydarthrose.

Le membre inférieur gauche contraste par ses dimensions normales avec son homologue droit. Il existe cependant une légère infiltration œdémateuse de la face postéro-interne de la cuisse gauche.

Les urines sont de quantité et d'apparence normales. Elles ne renferment ni sucre ni albumine.

Ma consultante est en pleine ménopause depuis le début de l'*année 1943*. Réglée très régulièrement et normalement jusqu'en *Février* dernier, elle ne l'a pas été en *Mars, Avril* et *Mai ;* mais elle l'a été de nouveau en *Juin* et *Juillet*. Elle n'a rien vu en *Août* et *Septembre.*

Son système nerveux est indemne.

1° Après cet examen je trouve mon hypothèse de *cancer de l'intestin* fortement ébranlée. Certes, elle cadre bien avec l'âge de la malade, les caractères de ses troubles intestinaux, son aspect anémique, son amaigrissement... ; mais elle est en contradiction avec la conservation de l'appétit (au lieu de l'anorexie totale engendrée d'habitude par les cancers de l'intestin), l'absence complète de toute colique intestinale depuis la poussée entéritique du mois d'Août, l'absence aussi de faux besoins de déféquer (c'était pour uriner que ma cliente a demandé d'aller aux W.-C. à son arrivée !). De plus, je n'ai trouvé dans le ventre aucune tumeur susceptible d'expliquer la compression des veines efférentes du membre inférieur droit œdématié.

2° Par contre, j'ai constaté dans l'abdomen la présence d'une ascite de moyenne abondance. Assurément ce signe nouveau ne s'inscrit pas contre le soupçon de cancer abdominal. Mais ne serait-ce pas là la signature d'une tuberculose du péritoine ? L'existence d'une *péritonite tuberculeuse* expliquerait fort bien les accidents fébriles et intestinaux initiaux, l'impression vague de tension abdominale pénible éprouvée par la malade, son amaigrissement et sa mauvaise mine, son épanchement liquide intrapéritonéal, l'absence de tumeur abdominale. Cependant ce diagnostic de bacillose péritonéale ne s'accorde pas avec l'indolence et la souplesse du ventre au palper, avec l'apyrexie complète depuis la disparition de la diarrhée initiale, avec les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux de cette campagnarde qui sont exempts de toute tare tuberculeuse; il ne peut enfin fournir aucune explication de l'œdème non phlébitique du membre inférieur droit.

Vraiment ! seule une compression peut expliquer cet œdème et, comme l'ascite et la réaction intestinale antécédente m'indiquent que sa cause est certainement située dans le ventre, je dois la chercher dans le petit bassin puisque je ne l'ai pas trouvée dans l'abdomen.

Je demande donc à ma cliente la permission de pratiquer un *toucher vaginal.* Immédiatement je trouve la clé du diagnostic sous la forme d'une tumeur dure, irrégulière et bosselée, indolente, faisant corps avec l'utérus qui déborde légèrement en haut la symphyse pubienne. Il s'agit d'un *fibrome utérin enclavé* dans le petit bassin et qu'il n'est pas possible de mobiliser.

Ce fibrome est indiscutablement la cause de tous les accidents dont a souffert Mme P... Enclavé dans le petit bassin, il détermine de la constipation habituelle, responsable à son tour de la crise colitique infectieuse de cet été, secondaire à la coprostase et à l'exagération des putréfactions intestinales ainsi retenues en vase clos ; il comprime les veines du bassin et principalement celles qui viennent du membre inférieur droit, d'où l'œdème de ce membre ; il a provoqué de l'ascite soit par gêne de la circulation veineuse du bassin, soit par irritation aseptique du péritoine par un noyau fibromateux sous-péritonéal ; il a donné à la malade cet aspect souffreteux, ces yeux cernés, ce teint terreux qui réalisent typiquement le « facies utérin ».

Quant à la raison pour laquelle ce fibrome qui est resté latent jusqu'au mois d'Août s'est révélé brusquement depuis deux mois et demi par des accidents aussi nombreux et aussi variés, elle se trouve sans doute dans la rapidité du développement de ce fibrome bas situé sur le segment inférieur de l'utérus, ce qui l'a enclavé dans le petit bassin, cette évolution, pour ainsi dire « galopante », étant en rapport avec l'âge de la malade. On sait en effet qu'il n'est pas rare de voir, *à la ménopause,* les fibromes utérins s'accroître très vite au lieu de régresser comme il est habituel qu'ils le fassent.

Le diagnostic de fibrome utérin enclavé entraîne sans discussion possible comme seule sanction thérapeutique un TRAITEMENT CHIRURGICAL : l'hystérectomie totale.

Puisqu'elle accepte cette opération radicale — qui ne comporte guère à l'heure actuelle que 2 à 5 pour 100 de mortalité — je puis donc porter un PRONOSTIC *favorable* chez cette femme atteinte d'une maladie *grave.* Son utérus enlevé, tous ses accidents vont disparaître, conformément à l'adage : « *Sublata causa tollitur effectus.* »

NÉCROLOGIE

Oscar Lambret

(1872-1943)

Avec le professeur Oscar Lambret disparaît un grand chirurgien français dont la carrière, commencée à Lille, s'est poursuivie dans cette ville durant cinquante-quatre ans. Du chirurgien, il avait les dons et qualités les plus éminents : l'autorité, l'audace, le sens des risques et la prudence qui le tempère, le jugement prompt et net, l'esprit de décision. Il aimait la vie et la multipliait autour de lui, il était ardent et courageux, stimulé par la difficulté et faisait volontiers face à l'obstacle, toujours en quête d'un perfectionnement technique, d'une innovation. Capable de rapidité à la salle d'opération, il s'y refusait le plus souvent parce que, physiologiste informé, il réfléchissait aux conséquences les plus lointaines des manœuvres opératoires. Contre son tempérament initial peut-être, Lambret avait accepté ce que l'on pourrait appeler la chirurgie « atraumatique ». Pour tout dire d'un seul mot, ce chirurgien était également biologiste. Il était de ceux qui suivaient avec intérêt l'orientation nouvelle de la chirurgie moderne.

Créateur et initiateur, il donnait vie à tout ce qu'il entreprenait. Il aimait « le mouvement qui déplace les lignes » et sa sensibilité comme son intelligence était plus spontanément tournée vers l'avenir que vers le passé, voire même le présent. On ne s'étonnera donc point qu'il laisse derrière lui une œuvre de pierre et de pensée qui lui survivra longtemps. Nous ne saurions ici l'évoquer tout entière. Mais comment ne pas nous arrêter un instant devant quelques-uns de ses monuments, le mot étant, bien entendu, pris dans son sens strictement étymologique ?

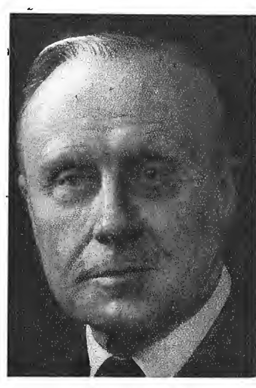
Le Centre anticancéreux de Lille est l'un d'eux et des plus importants. Il fut fondé en 1931 et était devenu, en 1943, si insuffisant que, peu de temps avant sa mort, Lambret soumettait aux pouvoirs publics, et faisait adopter par eux, l'installation dans la cité hospitalière d'un nouveau centre beaucoup plus moderne. C'était un succès.

Ici les souvenirs me montent en mémoire. Nous sommes en 1930. Avec Paul Strauss et Bergonié je travaille à l'organisation, en France, de la lutte anticancéreuse. Il nous faut doter la région du Nord d'un armement correspondant à ses besoins. Je vais donc à Lille où je prends contact avec le recteur Chatelet, avec le doyen Dubois et avec toutes les personnalités susceptibles de me conseiller et de m'aider dans ma tâche. Lambret m'est signalé comme hostile à la création du centre que nous projetons. Je vais le voir. Nous causons. Ses raisons me sont exposées, sous la forme franche et brusque que ses familiers connaissent bien, parmi des boutades et des foucades. Je m'attache à les réduire, puis à les combattre et y parviens si bien que Lambret non seulement rend les armes, mais accepte d'édifier le centre de la Région du Nord, de l'équiper, de le diriger. Ce qu'il en a fait, nous le savons tous, et aussi que son autorité s'y affirma si heureusement que le ministre de l'Education nationale décida récemment de charger le professeur Lambret d'un cours de Cancérologie dont la leçon inaugurale fut donnée le 8 Mai 1943 dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Sauveur. Enfin, pour être tout ensemble juste et complet, nous ajouterons que Lambret s'est, depuis 1931, si ardemment consacré à la lutte anticancéreuse qu'il rêvait d'en remanier l'organisation en faisant jouer un rôle de plus en plus vaste au service social et à ces enquêtes épidémiologiques, que pour combattre efficacement la syphilis, le docteur Cavaillon avait naguère préconisées, et si largement répandues.

Dans le même sens, Lambret, à l'aide de crédits provenant du comité d'alimentation de la région du Nord et de son fonctionnement durant la guerre de 1914 à 1918, n'a pas hésité à fonder, en 1939, un Institut de recherches sur le cancer dont les trois services d'histologie, de biochimie et de physique se sont aussitôt consacrés à d'intéressants travaux expérimentaux parmi lesquels nous signalerons ceux qui ont trait à la pathologie de guerre et aux carences alimentaires.

Lambret ne s'arrêtait jamais. Après avoir fait du Centre de transfusion sanguine des hôpitaux de Lille un centre municipal, puis régional, il projetait de réaliser une organisation plus ouverte, plus puissante et, de ce fait même, plus féconde.

Car Lambret était un bâtisseur impénitent. Rééquiper en 1919 l'hôpital Saint-Sauveur, le pourvoir notamment d'une salle d'opérations moderne, créer en 1936 — avec le professeur Leclercq — l'hôpital-sanatorium des maladies pulmonaires Albert Calmette, concevoir et créer — en 1936 toujours — la cité hospitalière de Lille, où font bloc hôpitaux et faculté, ce furent pour Lambret jeux de prince, mais qui assurent à son nom une émouvante pérennité.



OSCAR LAMBRET

L'homme avait des titres. Et nombreux. Professeur de faculté, membre correspondant de l'Académie de Médecine, membre de la Société internationale de Chirurgie, membre de l'Académie de Chirurgie et ancien président de l'Association française de Chirurgie, administrateur des Hospices, il lui fallait se dépenser partout où l'on faisait appel à son expérience et à son autorité.

Aussi bien Lambret, s'il a relativement peu publié, a cependant beaucoup travaillé. Opérant, soignant, enseignant, il participa à de nombreuses commissions, au sein desquelles il continua son apostolat. Membre et président de la réunion des chefs de centres anticancéreux de France depuis 1939, conseiller technique du Ministère de la Santé, membre de la Commission du conseil supérieur d'Hygiène de France il tint partout sa place et la marqua de son sceau original. Au total, une personnalité singulièrement attachante dont on trouve d'ailleurs la marque dans ses notes à l'Académie de Chirurgie ou dans les monographies qui sont sorties de sa plume.

Avec Malatray et Driessens, le voici qui publia en 1936 un ouvrage sur la *Chirurgie du poumon*, plaidoyer en faveur du traitement du cancer pulmonaire par la pneumectomie totale. L'œuvre était hardie pour l'époque et elle le demeure. Qu'on se rappelle, en effet, qu'en France la pneumectomie totale n'a encore été tentée que trois fois : deux l'ayant été par Lambret dont la première intervention fut cinématographiée par les soins de la Société française de Chirurgie, et l'on mesurera l'intérêt de cet ouvrage où sont exposées, après les indications opératoires, les lignes essentielles de la technique chirugicale. Par là, Lambret a joué dans l'effort anatomo-clinique français son rôle, et qui ne saurait être sous-estimé.

Puis l'on vit Lambret s'intéresser à la *Chirurgie du sympathique et de ses infiltrations* et lui consacrer un livre, paru en 1939, et qui, même après les travaux de Leriche auxquels il rendit hommage, est appelé à laisser dans la littérature spécialisée une trace durable. L'œuvre a pour sujet la seule technique opératoire. Elle fait état de l'extrême difficulté que les chirurgiens français peuvent éprouver à rassembler une documentation sérieuse sur la matière. Elle tient compte de la nécessité qui, pourtant, s'impose à eux de réussir d'emblée le remaniement des tissus causé par la cicatrisation de la zone opérée modifiant la dite zone, à tel point que toute intervention peut apparaître aléatoire et dangereuse. Modestement donc, mais à la faveur d'une information bibliographique complète, elle entreprend d'enseigner les techniques les plus sûres, les plus rapides et les moins brutales.

Le travail de Lambret sur la *Pression artérielle dans le choc chirurgical* est de 1941. Il souligne le devoir du chirurgien moderne d'opérer non plus en anatomiste pur, usant d'une technique trop brillante, mais en physiologiste attentif aux effets et conséquences des causes les plus apparemment dépouillées de volume.

Enfin, à quelques semaines de sa mort, Lambret publia une monographie sur la *Maladie post-opératoire*. On sait que cette maladie fut d'abord désignée par Leriche sous le nom de « maladie biologique » lorsqu'il la présenta pour la première fois dans son discours de 1933 au Congrès de Chirurgie, toute liée aux perturbations neuro-végétatives et humorales qu'entraînent dans leur sillage les opérations chirurgicales. On sait aussi combien les chirurgiens de France répugnèrent longtemps à lui reconnaître une existence particulière, et quelle autorité il fallut à Leriche pour la faire admettre par ses pairs. Cela établi, Lambret estime trop exclusive la part faite par Leriche à la vasomotricité et, avec son fidèle disciple Driessens, tente de mettre en relief l'action neuro-endocrinienne dans la maladie opératoire. Nous n'avons pas ici la place de discuter la thèse de Lambret. Du moins nous féliciterons-nous d'avoir vu paraître, au terme même d'une longue carrière, ce livre si neuf, si original et qui vient apporter une importante contribution à la connaissance biologique de l'homme opéré.

C'est, en effet, l'un des signes les plus caractéristiques de la personnalité de Lambret que cette jeunesse prolongée au delà des années. Pour retrouver sa silhouette et son visage, nous n'avons nulle peine à nous donner. Le voici grand, la démarche alerte et l'œil alacre, la voix timbrée, l'allure rapide, l'imagination en éveil, dans le prime-saut des formules et la familiarité de l'attitude. L'air un peu bourru parfois, le verbe impératif, le geste brusque. Il n'importe, l'homme est bon, sans rancune, dénué de toute pompe, de toute solennité, ne cherchant à intimider personne. Le contraire d'un pontife. Mais un enseigneur hors pair... Et qui a fait école. Pour s'en convaincre, il n'est que de songer à ses élèves dont il sut se faire aimer, les Delannoy, Razemon, Bizard, Driessens et bien d'autres, sans oublier ses opérés reconnaissants, ses étudiants constamment étonnés du potentiel énergétique de leur « patron ».

L'homme qui vient de nous quitter était un chef. Au sens le plus strict et le plus profond du terme. Chef de service, chef d'école. Un maître. La perte créée par sa mort est lourde et sera longtemps ressentie par ceux qui l'ont connu, admiré et aimé.

A Madame Oscar Lambret, à M. et Mme Raymond Lambret, au docteur et à Mme Robert Coliez j'adresse ici l'expression de nos sentiments d'affectueuse sympathie. GUSTAVE ROUSSY.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

La géographie humaine

Tandis que chaque espèce animale occupe un territoire plus ou moins étendu, mais strictement délimité, de la surface terrestre, l'espèce humaine a envahi toutes les régions du globe. Son aire d'habitation ou, comme disent les géographes, son œkoumène[1] s'étend de l'extrême pointe du continent sud-américain où, par 55° de latitude, errent les familles fuégiennes aux espaces glacés, où par 78° de latitude N., vivent les Esquimaux. Dans le sens vertical, la vie humaine commence au niveau de la mer et s'élève dans les deux Amériques et dans l'Asie centrale à 5.000 mètres. A ces hautes altitudes séjournent plus ou moins longtemps des pasteurs nomades.

La vie permanente s'est organisée plus bas. Dans les Andes, la capitale des Incas fut Cuzco, à 3.360 mètres, et la tradition rapporte que la race conquérante venait des rives du lac Titicaca, qui est à 3.850 mètres. A 50 kilomètres de ce lac est bâtie la capitale de la Bolivie, La Paz, à 3.600 mètres. L'Asie centrale a vu fleurir une théocratie bouddhique dont le centre, Lhassa, se trouve à 3.566 mètres et qui a encore une ville de 14.000 habitants, Chigatzé, à 3.621 mètres. Les germes civilisateurs venus des régions supérieures se sont enracinés dans ces hauts pays; ils s'y sont fort bien acclimatés et leurs descendants y exécutent des travaux pénibles, que les importés sont incapables de faire.

L'étude de l'œkoumène constitue un des chapitres les plus intéressants de la géographie. Aussi faut-il savoir gré au Prof. Max Sorre d'avoir publié un important ouvrage[2], fort bien documenté, qui résume l'état actuel de nos connaissances sur des problèmes qui intéressent au plus haut point le biologiste et le médecin. J'en ai extrait les renseignements qui vont suivre.

* * *

Aux limites subpolaires de l'hémisphère boréal habitent les Esquimaux et les Iakoutes de la Sibérie. Ils vivent entre 70 et 80° N., dans les régions où la nuit se prolonge de cinquante-cinq à cent trente-sept jours et où la température moyenne de l'hiver varie de —34 à —38°. Ils sont fort bien adaptés à ce rigoureux climat et ils trouvent les calories qui leur sont nécessaires dans une consommation énorme de graisses, prises sur les ours, les phoques, les morses et les baleines. Une accoutumance s'est faite à ce régime hyperlipidique ; l'oxydation des graisses est plus intense et plus complète chez les Esquimaux que chez les Européens; l'excès des matières grasses s'accumule sous l'épiderme, qui est capitonné de coussins adipeux et s'élimine par les glandes sébacées qui répandent sur la peau un enduit protecteur.

Tout était pour le mieux dans le meilleur des mondes polaires, quand les blancs arrivèrent. Ils achetèrent des fourrures et, en échange, donnèrent quelques produits de notre civilisation, les boissons alcooliques et les maladies infectieuses (variole, grippe, tuberculose et syphilis). Ce fut le désastre; les Esquimaux furent décimés. Une administration tutélaire est intervenue, qui a rigoureusement isolé certains de ces indigènes et les a placés dans des conditions assez bonnes pour leur permettre de survivre et de progresser. Ceux qui habitaient la côte nord-américaine n'ont pas été protégés et la plupart d'entre eux ont péri. La même évolution s'est produite chez les Paléastes de la région de Behring ; le contact des Russes et des baleiniers anglo-saxons a été fatal à beaucoup d'entre eux.

Les peuplades polaires de l'hémisphère sud, chassées de leurs territoires par l'invasion des blancs, mènent une vie misérable. Elles sont d'ailleurs moins bien adaptées que les peuplades du Nord. Bischoff a constaté chez les Fuégiennes la rareté de l'ovulation, le petit nombre d'ovules et de follicules de Graaf dans les ovaires, la réduction de la surface interne de l'utérus.

L'étude des conditions qui permettent de supporter les climats tropicaux et subtropicaux est particulièrement intéressante. Car nous ne colonisons pas les pays polaires et nous essayons de nous installer dans les pays chauds.

Contre la chaleur, trois modes de défense de l'organisme peuvent intervenir : une modification dans la déperdition directe; une augmentation du refroidissement par évaporation; un abaissement des combustions thermogènes.

La peau des Nègres est fort bien adaptée aux hautes températures. De texture lâche avec un réseau vasculaire développé, des capillaires à diamètre large, des pores relâchés, elle réalise toutes les conditions favorables pour mettre en contact la plus grande quantité de sang avec le milieu extérieur. Sa couleur noire s'opposant aux échanges de calorique, elle laisse passer deux fois moins de chaleur que la peau blanche. Cette disposition favorable à la vie dans le climat tropical semble devoir entraver la régulation thermique après un travail fatigant. Il n'en est rien : la régulation se fait très vite; les expériences de Glogner établissent que chez les Malais la déperdition par le tégument est de 17 pour 100 plus élevée que chez le blanc.

L'évaporation de la sueur est, comme on sait, une grande cause de refroidissement. Or, la peau des habitants des régions chaudes est particulièrement riche en glandes sudoripares et en grosses glandes bien irriguées. C'est ce que montre le tableau suivant, dressé par Millot, d'après Clark et Lhamon.

NOMBRE D'ORIFICES GLANDULAIRES PAR CENTIMÈTRE CARRÉ (*peau des doigts*).

Blancs des U. S. A.	558,9
Nègres des U. S. A.	597,2
Philippines	653,6
Négritos	709,2
Hindous	738,2

Stigler a établi expérimentalement qu'un même échauffement provoque une sécrétion sudorale plus abondante de 16 pour 100 chez l'Africain que chez le Blanc. Voilà comment les Nègres, surtout quand le vent est intense, ont besoin d'ingérer de grandes quantités de liquide.

Ajoutons enfin que les travaux de Simpson, Monturo, Osorio de Almeida établissent que le métabolisme basal est nettement inférieur chez les habitants des contrées chaudes.

* * *

Les faits que j'ai rapportés, d'après Max Sorre, conduisent à la question suivante, d'une importance pratique considérable. Que deviennent les Européens qui vont s'installer dans les pays tropicaux ?

Deux opinions s'affrontent. Eykmann, de Batavia, soutient que les Blancs nordiques s'acclimatent facilement et, à la faveur d'une bonne hygiène, vivent en excellente santé et perpétuent leur race. Cette conclusion semble entachée d'une certaine dose d'optimisme, car dans les colonies hollandaises, les Blancs ne se maintiennent que par des apports continuels.

Les observations faites par les Anglais sont d'ailleurs moins favorables : de nombreux troubles sont engendrés par l'action combinée des rayons ultra-violets et d'une température constamment chaude et humide. Deux périodes se succèdent: une première période d'excitation, caractérisée par une suractivité des fonctions organiques; une deuxième période de dépression, où les digestions deviennent difficiles, l'appétit diminue, le cœur faiblit, l'anémie tropicale se développe, entraînant l'affaiblissement musculaire et les troubles nerveux, migraines, névrose, aliénation mentale; en même temps diminue la résistance aux affections parasitaires et microbiennes, qui font les plus grands ravages. A la première période, le transplanté fait des excès, surtout des excès génésiques; à la seconde il a recours aux stimulants artificiels.

Quelques individus échappent aux causes de destruction et, après un déchet considérable, forment un noyau à peu près acclimaté. Les ravages ont été énormes au début des colonisations, à cette période que Price appelle « période préscientifique », où l'on connaissait mal les règles de l'hygiène tropicale et où l'on ne connaissait pas les méthodes prophylactiques contre les maladies parasitaires et microbiennes. On peut donc espérer que l'acclimatement se fera mieux à l'avenir, mais il faut se rappeler que les différents peuples européens sont loin de se comporter de même. Les Espagnols et les Portugais, qui ont commencé la conquête du Nouveau Monde, semblent particulièrement résistants et se sont solidement et définitivement établis dans toute l'Amérique du Sud.

Le peuplement français aux Antilles ne s'est pas fait sans difficulté. Rochoux affirme qu'à la Guadeloupe les familles auxquelles un sang nouveau n'est pas infusé de temps en temps s'éteignent à la troisième ou à la quatrième génération. A la Martinique, un groupement s'est maintenu, mais le type primitif s'est modifié pour aboutir au type créole, doué de qualités brillantes, mais assez enclin à la nonchalance, en tout cas fort résistant aux climats chauds; car les Martiniquais affrontent sans souffrir le terrible climat de la Guyane.

Les noyaux britanniques, abondamment répandus dans la zone tropicale, ne se sont maintenus que par les arrivées successives de nouveaux contingents. L'expérience de Queensland (Australie) est la plus importante. Depuis 1907 des efforts ont été faits, qui semblent avoir démontré qu'une bonne hygiène permet de supporter les climats tropicaux, surtout si on se livre à des travaux manuels, cette règle s'appliquant même aux femmes. Mais la durée de l'expérience est un peu courte et déjà on note un vieillissement précoce de la population féminine.

Les migrations de la race noire ne sont pas moins intéressantes. Il me suffira de rappeler ce qui s'est passé dans les Antilles françaises. Malgré la ressemblance des climats, les Nègres ne se sont adaptés qu'avec les plus grandes difficultés. Ceux qui ont survécu se sont transformés et ont donné naissance à un nouveau type, type montagnard assez beau, caractérisé par la cambrure du pied, la finesse des articulations, l'harmonie du système musculaire, la rareté du prognathisme. En 1854, pour remédier à la crise de la main-d'œuvre consécutive à l'abolition de l'esclavage, le gouvernement français a favorisé l'introduction des Nègres africains. Ils ont mal supporté le climat et n'ont guère eu de descendance.

* * *

Les colonies lointaines étaient regardées autrefois comme des terres d'exploitation. Aujourd'hui le surpeuplement des vieux pays les fait considérer comme des terres d'habitation. Or, les divers types humains cantonnés en des régions bien déterminées ont fini par constituer de véritables races géographiques qui se comportent comme les espèces animales et végétales. « Il n'y a pas, disait Boudin, de races cosmopolites capables de faire souche sous toutes les latitudes. » « Il n'y a pas, ajoutent

1. ŒKOUMÈNE, de οἰκουμένη, la terre habitée, de οἰκεῖν, habiter : οἶκος maison. D'après les règles de l'étymologie française on devrait dire : *œcumène*.

2. MAX SORRE : *Les fondements biologiques de la Géographie humaine*, 1 vol. in-8° de 440 p. (*A. Colin*, éd.), Paris, 1943.

Sergent et Parrot, d'acclimatement naturel à proprement parler. » Suivant leur habitat ancestral, les groupes humains peuvent plus ou moins facilement se déplacer. Les Méditerranéens comptent à leur actif de remarquables succès dans les pays intertropicaux. Les chances des Nordiques sont plus problématiques. Le temps et la progression des étapes sont les grands facteurs du succès. Les Européens transportés sous des latitudes subtropicales fournissent des pionniers pour l'envahissement de terres plus meurtrières. Comme le dit Max Sorre, les plus sûres conquêtes se font de proche en proche. C'est ainsi que s'est constituée l'œkoumène.

Pour résister aux climats tropicaux, il est utile de revenir plus ou moins souvent dans le pays d'origine. Nos fonctionnaires ont des congés périodiques qui permettent une réparation des déperditions produites par le séjour dans les régions chaudes. Les colons qui ne peuvent revenir en Europe vont faire des cures de repos dans des stations d'altitude. Les villes de santé, Darjeeling, Simla, d'autres encore situées à 1.000 mètres au front de l'Himalaya, Delat, sur le plateau annamitique du Lang Bian (1.500 mètres) reçoivent les Européens débilités. Beaucoup d'habitants de Rio de Janeiro vont passer les mois les plus pénibles de l'été tropical dans deux charmantes stations d'altitude, Petropolis et Thérésopolis.

Les sociétés humaines sont complétées par de nombreux commensaux, les uns nuisibles, les autres utiles et, parmi ces derniers, nos animaux domestiques. Nous avons transporté les uns et les autres dans nos émigrations et nous les avons acclimatés aux régions où nous nous sommes installés. Nous avons assuré ainsi leur développement et leur extension, tandis que nous avons peu à peu détruit un grand nombre d'espèces restées sauvages. Voilà comment les hommes transforment progressivement la flore et la faune terrestres.

H. Roger.

Livres Nouveaux

Diagnostics difficiles, par Noël Fiessinger, professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, 1 vol. de 436 p., avec 80 fig. (*Masson et Cie*, édit.), Paris. 1943. — Prix : 160 fr.

Noël Fiessinger tient à continuer la tradition de ses prédécesseurs à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, mais non sans donner à ses cliniques une note tout à fait personnelle. En face d'un malade, on se trouve toujours en prise avec la complexité : il ne peut y avoir de clinique élémentaire. Quand un cas est difficile, la Clinique médicale d'enseignement prend figure de maison de diagnostic ou mieux d'orientation clinique et thérapeutique, mettant en œuvre, à côté d'un examen clinique minutieux, la multiplicité des épreuves de laboratoire, la pratique de toutes les recherches nécessaires et le temps d'observation, d'étude et de réflexion que comporte le cas. Aussi N. Fiessinger a-t-il vu s'accumuler entre ses mains des diagnostics d'exception, qui ont été l'origine de ce livre, où N. Fiessinger réunit des faits complexes, des faits difficiles et même des erreurs, avec toutes les recherches qu'ils ont motivées. Brillant élève du grand maître que fut Chauffard, Noël Fiessinger sait donner à chacune de ses leçons un puissant intérêt d'enseignement, qui assurent à ce beau volume un succès très vif aussi bien auprès des étudiants que des médecins.

Après une leçon marquant les étapes du diagnostic, les diverses leçons, consacrées aux sujets les plus variés, sont classées en 6 groupes : Diagnostics difficiles par pauvreté symptomatique; diagnostics difficiles par complexité symptomatique; diagnostics difficiles par symptomatologie d'emprunt; diagnostics difficiles par rareté clinique; diagnostics difficiles par confins cliniques; diagnostics difficiles, erreurs et impossibilités. Ce volume atteste la vitalité de la clinique française. A propos de chaque sujet, N. Fiessinger indique les éléments les plus récents du diagnostic et du traitement, ainsi que la part souvent importante de ses recherches personnelles sur la question envisagée.

L. Rivet.

INFORMATIONS

L'Enseignement de la médecine

Le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille communique :

« Certaines indications erronées ont pu laisser croire que le Secrétariat d'Etat à la Santé revendiquait l'enseignement de la médecine, se proposant ainsi de l'arracher à l'Université.

Le Secrétariat d'Etat à la Santé tient à préciser sa véritable intention à ce sujet : au moment où il s'efforce de réaliser une organisation hospitalière, inspirée des nécessités nationales, et dégagée de certaines contingences locales auxquelles étaient jusqu'ici astreints les hôpitaux publics, il a pensé qu'il convenait de mettre à la disposition de l'Université, sans toucher à aucune de ses prérogatives essentielles, cet armement hospitalier en vue de concourir à une meilleure formation pratique des médecins ; il estime qu'il a quelque qualité pour s'occuper de cette formation puisque l'exercice de la médecine dépend de sa compétence et constitue une de ses attributions primordiales ; il considère donc qu'en étendant les terrains de stage au delà des services de clinique universitaires et qu'en confiant, en accord avec les Facultés et sous leur contrôle, des étudiants aux chefs de service hospitalier, il facilitera l'instruction des futurs médecins, leur permettra un contact plus étroit et plus précoce avec le malade et contribuera de la manière la plus efficace à les préparer à l'exercice de leur profession. »

Tel est le seul but poursuivi.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Médecins prisonniers

La Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers fait connaître que les médecins rapatriés pourront dorénavant adresser au Collège départemental qui les aura inscrits leur candidature éventuelle aux postes médicaux suivants : médecine du travail, inspecteur adjoint à la Santé, médecin contrôleur des Assurances sociales.

Ils y joindront toutes indications utiles concernant leur situation de famille, leur activité professionnelle actuelle (spécialité, médecin exerçant ou non, étudiant pouvant obtenir son diplôme dans un délai d'un an après sa libération).

Ces indications seront rassemblées et transmises par la Commission de Protection des intérêts des médecins prisonniers qui les fera parvenir au ministère du Travail, de la Santé publique ainsi qu'à l'Institut des Assurances sociales.

Il sera donné suite à ces demandes dans la mesure du possible et selon les disponibilités des places à attribuer.

Le Carnet de Santé

Un arrêté du 9 Mars 1943, qui vient de paraître au *Journal Officiel* du 22 Janvier 1944, rend obligatoire, dans tous les établissements de l'enseignement primaire, l'utilisation d'un modèle unique de carnet de santé, établi par le secrétariat d'Etat à la Santé.

Ce carnet de santé scolaire n° 2, strictement personnel, suivra les élèves de 6 à 15 ans pendant leurs études et ne pourra être consulté que par l'assistante scolaire, qui en aura la garde, et par le médecin de l'école. Il pourra éventuellement être communiqué au médecin de famille.

Après la scolarité, il sera remis à la famille et pourra par la suite être utilement communiqué par celle-ci aux médecins qui auront à s'occuper de l'enfant.

Le carnet de santé comprend plusieurs feuillets consacrés aux antécédents héréditaires, à la vaccination et à la cuti-réaction, à l'examen complet d'entrée et aux examens semestriels (de 6 à 15 ans). Il comporte également des graphiques pour inscription du poids, de la taille, du périmètre thoracique, de la spirométrie.

La dernière page est consacrée aux conclusions du médecin inspecteur de l'Ecole, sur les aptitudes physiologiques de l'enfant et éventuellement sur les contre-indications physiopathologiques en vue du choix du métier.

En outre, plusieurs bulletins de consultation de spécialité (O.-R.-L., ophtalmologie, neuro-psychiatrie, médecine ou chirurgie et hygiène sociale) pourront être utilisés. Des fiches supplémentaires permettent de noter les examens radiologiques annuels, les observations semestrielles du professeur (comportement, progrès scolaires), les renseignements recueillis par le service social et ses interventions, une fiche dentaire, une fiche d'éducation physique.

Une autre fiche résume enfin les renseignements du carnet pour permettre de les reporter sur le carnet suivant.

Limitation de la consommation du Sérum antidiphtérique

Le *J. O.* du 22 Janvier publie un arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé daté du 20 Janvier fixant à 40.000 unités (ampoules de 3.000, 5.000 ou 10.000 unités) la quantité de sérum qui pourra être provisoirement délivré à un même malade.

L'ordonnance portera, outre les nom et adresse du médecin, les nom, prénom et adresse du malade et l'indication de la dose prescrite.

Au cas où le médecin estimerait avoir besoin d'une dose supérieure à 40.000 unités, il se mettra en rapport avec le médecin contrôleur désigné par le Conseil départemental qui pourra lui donner téléphoniquement son accord. Une mention spéciale de cet accord sera alors portée sur l'ordonnance supplémentaire.

Lorsque la sérothérapie de l'entourage devra être pratiquée, elle ne pourra être effectuée qu'avec des ampoules de 1.000 unités, qui seront obtenues sur ordonnances médicales établies conformément aux indications ci-dessus.

Des dépôts de sérum seront constitués, dans chaque département, chez des pharmaciens désignés, qui permettront la livraison dans un délai de 2 à 3 heures après l'établissement des ordonnances.

Les directeurs régionaux de la Santé fixeront pour chacun des départements de leur région la date d'entrée en vigueur de cette organisation.

Organisation du Contrôle médical des Assurances sociales

Un arrêté du 20 Novembre 1943 apporte les modifications suivantes.

« Au siège de l'Union régionale, un médecin conseil régional est chargé, au point de vue de la technique médicale et sanitaire et conformément aux directives techniques d'ordre général données par l'Institut national d'action sanitaire, le cas échéant, après avis de la Commission nationale du contrôle médical des Assurances sociales, de coordonner et d'orienter l'activité des médecins conseils et des médecins conseils adjoints.

« Il assume ses fonctions avec le concours d'un comité placé sous la présidence du président du conseil d'administration de l'Union régionale et comprenant des représentants des organismes d'Assurances sociales et des médecins conseils désignés par l'Union.

« Le médecin conseil régional est, de droit, vice-président du comité régional. »

(*J. O.*, 31 Décembre 1943.)

Université de Paris

Cours de Pathologie expérimentale. — M. A. Lemaire, agrégé, a commencé ses conférences le 3 Février à 18 heures au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera en Février le jeudi et, à partir de Mars, les mardis jeudis et samedis à la même heure. — Sujet du cours : Reproduction expérimentale des grands syndromes organiques.

Un cours *sur les stérilités pathologiques (préventions et traitement)* sera fait du 14 Février au 18 Mars 1944 par MM. Mocquot et Portes, Moricard, Palmer et Varangot, avec la collaboration de Mlles Gothié et Marcille, Mme Moricard, MM. Lejeune et Pulsford.

Inscriptions limitées à 20. Droits 500 fr. sauf pour les internes. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Le *cours de génétique médicale* du docteur Turpin, agrégé, aura lieu, à la Faculté de Médecine, en Juin 1944. Le programme détaillé en sera publié ultérieurement.

Cours supérieur de Puériculture en vue du diplôme de puériculture pour les infirmières et assistantes sociales, sages-femmes et monitrices d'enseignement ménager, diplômées d'Etat.

L'enseignement, comprenant des leçons didactiques, des stages et des travaux pratiques, sera dirigé par le Prof. Cathala, avec la collaboration de MM. Ribadeau-Dumas, Lacomme et Lelong, et Mlle Rist.

Il commencera le 1er Avril 1944 et aura une durée de 4 mois (examen, fin Juillet).

Droit d'inscription mensuel : 200 fr.; 1.000 fr. pour les élèves, en nombre limité, admises au régime de l'internat.

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole, 26, bd Brune, Paris-14e, qui se chargera de l'immatriculation à la Faculté de Médecine (240 fr.).

Un *enseignement de Puériculture*, en vue de l'obtention du diplôme de puériculture de l'Université de Paris, est organisé par l'Ecole de Puériculture pour les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions.

Cet enseignement, placé sous la direction des professeurs d'obstétrique et de pédiatrie de la Faculté, comprendra : un *cours* (2 séances quotidiennes à l'Ecole de Puériculture, du 5 au 30 Juin 1944) et des stages d'une durée de 2 mois pour l'obstétrique et de 6 mois pour la pédiatrie, auxquels seront astreints, à partir du 1er Mars, les candidats qui n'auront pas rempli les fonctions d'interne ou d'externe des hôpitaux dans un service de pédiatrie pendant un minimum de 6 mois.

Examen en Octobre. Inscriptions pour les stages cliniques reçues à l'Ecole de Puériculture jusqu'au 20 Février. (Cours : 300 fr.; cours et stages : 500 fr.)

S'adresser au Secrétariat de l'Ecole, 26, bd Brune, Paris-14e, qui se chargera de l'immatriculation à la Faculté de Médecine (240 fr.).

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Daurr a été nommé chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie, et M. Foucrier chef de clinique adjoint.

— M. Léger a été chargé à titre provisoire des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique en remplacement de M. de Grailly, nommé professeur.

Médecine coloniale. — (Faculté de Médecine de Bordeaux). — La 38e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et au brevet de médecin de la Marine marchande a été suivie par 41 auditeurs dont 6 boursiers de la Société « Specia ».

23 ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université; 9 ont été proposés pour l'inscription au tableau de médecin de la Marine marchande.

La 39e *série d'études* aura lieu du 3 Novembre au 16 Décembre 1944. S'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Inspection de la Santé

— Mlle le docteur Guy a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Meuse*.

— M. le docteur Lemarchand a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Côtes-du-Nord*.

— Mlle le docteur Vialettes a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Lot-et-Garonne*.

— M. le docteur Phélippeau, médecin inspecteur adjoint des Bouches-du-Rhône, a été affecté à Bourges et chargé des fonctions de médecin inspecteur du *Cher*.

Le *J. O.* du 4 Janvier 1944 publie (p. 79) un décret fixant les *nouveaux traitements*, exclusifs de toute gratification, des *médecins inspecteurs* (60 à 70.000 fr.) et *adjoints* (40 à 50.000 fr.).

Concours et places vacantes

Médecins des Hôpitaux de Paris. — ÉPREUVES DE SOUS-ADMISSIBILITÉ : JURY (*ordre de tirage au sort*). — MM. Chiray, Laroche, Laignel-Lavastine, Soulié, Lamy, Péron, Mouquin, Mollaret, Bariéty, Coste, L. Ramond, Pierre Bourgeois, Garcin, Lemaire, Pruvost, Gautier, Lévêque, Boulin, Tinel, Stévenin, Decourt, Faroy, de Gennes, Villaret.

Assistants en Chirurgie (5 places). — JURY DÉFINITIF (*par ordre de tirage au sort*). — MM. Seillé, Raoul Monod, Mathieu, Raymond Bernard, Petit-Dutaillis, Funck-Brentano, Leveuf, Baumgartner, Welti, Boppe. — Médecin : M. Lambling.

Un *Concours spécial d'attachés d'Électro-radiologie des Hôpitaux de Paris* réservé aux médecins prisonniers libérés qui, avant la guerre, étaient régulièrement inscrits au stage prévu en vue de leur nomination en qualité d'attaché d'E. R. ou qui avaient été désignés officiellement pour faire fonctions, à titre provisoire, d'attaché E. R., aura lieu le 1er Mars 1944.
Inscriptions du 7 au 14 Février 1944, 3, avenue Victoria, Paris.

La Médaille d'or de l'Internat (chirurgie) a été décernée à M. Küss.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Une place de *médecin-adjoint* et une place de *chirurgien-adjoint* sont à pourvoir (concours sur titres). Se présenter 66, rue des Plantes, Paris-14e, le matin de 10 h. 30 à 11 h. 30, sauf les jeudi et vendredi, ou le mardi après-midi de 15 à 17 h. pour s'informer des pièces à fournir. Registre d'inscription ouvert jusqu'au 21 Février 1944.

Internes en Médecine des Hôpitaux communaux de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne. — Un concours sera ouvert le 24 Avril 1944.
Les plus importants établissements hospitaliers de la région de Paris sont ceux de : Créteil, Neuilly, Saint-Denis, Versailles, Saint-Germain-en-Laye, Argenteuil, Eaubonne, Montfermeil, Villeneuve-Saint-Georges, Étampes, Mantes, Pontoise, Rambouillet, Melun, Meaux, Fontainebleau.
Le nombre des places d'internes titulaires sera environ de 25. Entrée en fonctions : 15 Juillet 1944.
Inscriptions reçues à l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria. Renseignements à la direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria (3e étage), de 16 à 17 h.

Interne de l'Hôpital-Hospice de Dax. — Une place sera vacante le 1er Avril 1944. Les étudiants en médecine comptant le nombre d'inscriptions réglementaires peuvent dès maintenant poser leur candidature à ce poste.

Internat de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris). — Un concours sera ouvert le 13 Mars 1944 pour la nomination d'au moins 6 internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.
Conditions : être étudiant en médecine (au moins 16 inscriptions) et présenter un des titres suivants : externe des hôpitaux de Paris, interne d'une ville de Faculté (Faculté d'État ou Faculté catholique), interne d'une école de plein exercice.
Inscriptions jusqu'au 8 Mars 1944. S'adresser 7, rue Pierre-Larousse, Paris.

Médecins phtisiologues. — Un concours sur titres pour 2 places de médecin phtisiologue à l'hôpital-hospice de Fougères (Ille-et-Vilaine) et à l'hôpital-hospice de Pontivy (Finistère) aura lieu le 20 Avril 1944.
Dossiers reçus jusqu'au 5 Avril 1944 à la Direction régionale de la Santé, 8, rue du Docteur-Régnault, Rennes (I.-et-V.).

Médecin-inspecteur scolaire des Hautes-Alpes. — Poste vacant. Traitement : 60.000 fr. par an ; déplacements : 6 fr. par *km*.
Adresser les demandes avant le 15 Février à l'Inspection de la Santé des Hautes-Alpes, à Gap.

Nouvelles diverses

Conseil permanent d'Hygiène Sociale. — Le docteur POIX, vice-président du Comité national de Défense contre la Tuberculose, a été désigné comme membre du Conseil permanent d'Hygiène sociale (section de la Tuberculose), en remplacement du Prof. Sergent.

Comité technique des spécialités. — MM. COUTELA et DUVELLEROY, du Conseil national de l'Ordre des médecins, sont nommés membres du Comité technique des spécialités, en remplacement de M. le Prof. GERNEZ et de M. VINCENT.

Honoraires du personnel médical des P. T. T. — Voici le barème publié au *J. O.* du 23 Janvier 1944 :
Médecins des consultations pré- et post-natales (Paris et Seine), 100 fr. par vacation horaire pour le gynécologue et 75 fr. pour le phtisiologue ; sage-femme, 36.000 fr. par an. (Effet du 1er Avril 1943.)
Doctoresse du service des consultations de puériculture : 30.000 fr. par an. (Effet du 1er Août 1943.)
Médecin chef des P.T.T., 75.000 fr. par an ; médecin chef adjoint, chargé du laboratoire, 27.000 fr. ; médecin inspecteur des locaux, 22.500 fr. ; médecin conseiller technique des Accidents du travail, 19.500 fr. (Effet du 1er Juillet 1943.)

Le *Prix 1944 de l'Académie Duchenne de Boulogne* (5.000 fr.) a été attribué à MM. P. MEUNIER et Y. RAOUL pour leurs travaux en cours sur le dosage des vitamines humaines.

Journées médico-sociales de Montpellier. — *La Journée du 16 Novembre 1943* avait pour thème l'Enfance malheureuse.
Un rapport sur : 1° classification des dysharmonies infantiles ; 2° définition des termes usuels en psychologie médico-sociales a été présenté par les docteurs Chaurand et Bonnafé.
Une conférence a été faite par le Dr Lafon sur « la Région de Montpellier au service de l'Enfance malheureuse ».
A l'issue des réunions des Commissions techniques les médecins présents ont approuvé l'initiative de M. le doyen Euzière de réserver aux questions neuro-psychiatriques des séances de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier.
La Journée du 27 a été marquée par une réunion d'études des médecins d'Orientation professionnelle, une conférence du Dr Ferdière (Rodez) sur « la mimique de l'enfant », et une causerie de M. Delmasure (Marseille) sur « le rôle du médecin dans la famille ».

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame LUCIEN LEGER sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Françoise*. (Paris, 11, rue d'Aumale, le 1er Janvier 1944.)
— Brigitte, Francis, Didier et Martine REDON sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrice*. (Le 19 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame DELAMAIRE DE LA BILLIAIS (de Rennes) sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Luc*. (28 Décembre 1943.)
— Monsieur H. BERTIN-HUGAULT et Madame le docteur H. BERTIN-HUGAULT, née Meugé, sont heureux d'annoncer la naissance de leur 3e enfant, *Françoise*. (Châtrost [Cher], le 13 Janvier 1944.)
— Le docteur GEORGES SCHAEFER, et Madame née Roger, sont heureux de faire part de la naissance de leur 3e enfant, *François*. (Paris, le 8 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame PIERRE TANRET sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Xavier*. (Paris, 49, rue Saint-Roch, 7 Décembre 1943.)
— Le docteur S. DELMOND-BÉBET et Madame (Paris) sont heureux d'annoncer la naissance de leur 7e petit-enfant, *Jacques* BRÉHÉRET. (Angers, 15 Janvier 1944.)
— Jean-Claude, Anne-Marie, Agnès, Monique et Philippe STRÉE ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Françoise*. (Fougères, 13 Décembre 1943.)

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles de Monsieur PIERRE GALEY, interne des hôpitaux de Reims, avec Mademoiselle Françoise ARCIN. (Paris, 126, rue de la Pompe [16e], le 16 Janvier 1944.)

Décès.

Nous apprenons les décès :
— aux Trillers, par Vaux (Allier), de M. JOSEPH TINARDON, fondateur du Laboratoire Oberlin ;
— à Paris, du docteur LOUIS BOUR, directeur du sanatorium de La Malmaison ;
— à Limoges, du docteur GEORGES MONIÉ (De la part de M. Jacques Monié, interne des Hôpitaux de Paris) ;
— à Bobigny, de M. GABRIEL CHIRAY.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 19 JANVIER 1944. — Mlle Autin : *A propos d'un cas d'échinococcose alvéolaire*. — M. Dérouet : *A propos de quelques cas de tétanos (étiologie, traitement, fractures vertébrales)*.

JEUDI 20 JANVIER. — M. Drain : *Contribution à l'étude de certaines manifestations spasmodiques en urologie*. — M. Le Gal : *Complications centrales aiguës des otites (conduite du diagnostic et du traitement)*.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Sud-Ouest, reptés. visitant pharm., clin., maisons santé, s'adj. représent. spéc. ou articles pharmac. Ecr. *P. M.*, n° 217.

Jeune médecin lic. ès sciences, très actif, ch. poste représentant produits pharmaceutiques. Ecr. *P. M.*, n° 341.

Infirmière diplômée C. R. F. spécialisée radiologie, dem. place assistance Paris, près Laryngologiste, Dentiste, Radiologiste. Téléphoner à Etoile 50-31, Mme Riom-Berger.

Recherche microscope immersion gross. environ 1.000. Bon état. Ecr. *P. M.*, n° 371.

Infirmière et aide très expérimentée en électro-radiologie, ch. situation à Paris, fournirait références. Ecr. *P. M.*, n° 395.

On recherche table de radiodiagnostic et si possible générateur statique. Faire offres av. prix compt. Ecr. *P. M.*, n° 400.

Cherche place assistant ou médecin dans sana, prévent. etc., Centre de France. Long exerc. de méd. Ecr. *P. M.*, n° 407.

Cherche place assistant, aide, dans clinique parisienne. Long exercice médecine. Ecr. *P. M.*, n° 410.

Femme médecin, ex-interne hôp. Paris et son mari gestion, collectivité, rech. poste double ds établissement sanitaire, prov. de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 418.

Matériel radiologique radiogénérateur Securix 845 et accessoires absolum. neufs disponible. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 419.

Infirmière dipl. d'Etat, dipl. sténo-dact., sér. référ., ch. secrétariat médic. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 424 ou tél. Mar. 72-34.

Infirmier salle opérations muni référ. 1er ordre, dem. place mais. santé Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 427.

Jne fille licenciée en droit recherche situation secrétariat demi-journée, après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 433.

Médecin, 38 a., anc. ext. hôp. Lyon, ch. rég. Sud-Est situation médicale, cabinet médical. Ecr. *P. M.*, n° 434.

Splendide propriété jol. banl., constr. ent. meulière, 10 sup. p., studio. Salon sompt. décoré, tr. gd conf., jard. 3.000 m², ann. 2 jol. pavil. 5 p. chac. tt conf., 1.460.000. Lou. 63-83.

Visiteur, tr. bien introd. région Ouest, très sérieux, bonnes références, cherche 2e Labo. Ecr. *P. M.*, n° 436.

Suis acheteur Thermax C. G. R. Puis donner en échange poste ond. court. moyen Duflot ou C. G. R. Ecr. *P. M.*, n° 437.

Visiteur médic. Paris, réf. les meill., prend. 2e prod. sér. Ecr. *P. M.*, n° 438.

Etudiant, 6e an., ch. poste int., rég. indif. Ecr. *P. M.*, n° 439.

Suis achet. tome *Intoxicat.* l'Encycl. méd.-chir. *P. M.*, n° 440.

A vendre : excel. Poupinel à gaz. cuiv. Prieuré St-Joseph, 1, r. de Paris, Brou-s-Chantereine (S.-et-M.). J. env. timbrée.

Dame ferait ts. travaux de dactylographie, copies de thèses, manuscrits, mémoires, etc. Tél. Jasmin 02-19.

A vendre vélomot. Terrot, état et pneus neufs. Ecr. *P. M.*, 443.

Paris. A vendre d'occas. div. instruments méd. et chir. Liste sur demande. Ecr. *P. M.*, n° 444.

Sanatorium départemental de Nouvielle-Bretagne (Landes) dem. infirmières dipl. Etat et laborantine. Visa n° 11, O. T., Mont-de-Marsan.

Laboratoire spécialités pharm. ch. dessinat. qualifié pr publicité trait et couleurs. Référ. indiquer honor. demandés. Ecr. *P. M.*, n° 446.

A vendre matériel en parfait état pour petite chirurgie. Pr. ts rens. tél. Prov. 18-64, de 9 h. 30 à 12 h. et de 14 h. à 18 h. 30, de midi à 2 h. et apr. 18 h. 30, Prov. 65-02.

Représentant tr. int. méd. sf ph. Par.-banl., mais. 1er ord. rech. lab. spéc. enfants, rég. ou simil. Ecr. *P. M.*, n° 448.

A vendre : 1 support acier 1 m. 50 porte-amp. de Crookes, av. bras coul. et cup. ébon. — 2 milliamp., cont. à 50 milli., 2 milli., continu à 5 milli. Ecr. *P. M.*, n° 449.

Dés. achet. appa. métabol. basal Plantefos ou Benedict. Ecr. *P. M.*, n° 450.

A vendre appareils et matériel de maison de santé chir. Ecr. *P. M.*, n° 451.

Chirurgien, 36 a., réf., ch. assoc. av. chir. établi. *P. M.*, 452.

Etud. méd. 4e an., ch. empl. ds Labo an. méd. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 453.

J. Femme bon. présent., assimil. rapide., 3 a. Labo rech. expér., ch. empl. Labo ou aide Dr, jour. ou 1/2. Passy 76-90.

Dr. serait reconnais. à confr. qui pourr. lui indiquer un enfant de 1 à 2 ans, orphelin du fait des bombardements, susceptible d'être adopté. Ecr. *P. M.*, n° 455.

Laborantine au cour. trav. Labo dem. plac. Ecr. *P. M.*, n° 456.

A vendre matér. compl. hte fréq. p. étincelle de 0 m. 50. Résonnateur Oudin, alternateur à mercure, éclateurs, etc., gr. table d'expér. Ecr. *P. M.*, n° 457.

Visiteur médical, bon. références, ch. à s'adjoindre Labo pour secteur Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 458.

A vendre appareillage radiol. micro Securix av. pied portat., doss.-table bois à gliss. écran 40×40 super-lumin., châssis, écrans renforç. et matér. de dévelop. vertic. compl. état de neuf. Ecr. *P. M.*, n° 459.

Bactériologiste expérimentée, notions chimie médic., ch. empl. Labo Paris ou rég. Sud-Est. Ecr. *P. M.*, n° 460.

A vendre appareil radiogr. P. V. 4 Massiot 1939, amp. 10 kilo-volt, écran ultr. lum. tr. bon ét. et portat. Phillips. Ecr. *P. M.*, n° 461.

Recherche thermomètre enregistreur. Tél. Tri. 75-50.

Machine statique demandée, type Pr Chaumat, Tél. Wag. 25-16, heures des repas.

Serais acheteur spécialité pharmac. à base huile de foie de morue ou huile de flétan. Ecr. *P. M.*, n° 464.

A vendre lit mécanique, parf. état. Ecr. M. Marche, 135 *bis*, bd du Montparnasse, Paris-6e.

Jne chirurgien, connaissant aussi radiologie, célibataire, demande place d'assistant. Ecr. *P. M.*, n° 466.

Dr. A. E. M. P., posséd. certif. de radiolog., ch. cabinet radiol. à reprendre, ou remplacem. à effect., ou pl. d'assist. en radiol. Ecr. *P. M.*, 467.

A vendre, parf. état, oxygénateur Bayeux-Richard, av. 2 récipients. Prix 5.570 fr., céder. 4.100 fr. M. Comte, 70, av. de Versailles, Paris.

Sténo-dactylo, exc. réf., ch. secrét. ch. Dr après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 469.

Etudiant méd., 29 a., fin scolarité, ch. empl. assistant ou surveillant clin. Ecr. *P. M.*, n° 470.

On demande p. hôp., infirmière manipul. de radiol., log., nour. ou non. Off. du Tr., r. Danton, St-Quentin. Visa 07.187.

Externe hôp. fin d'ét., ch. aide bénév. méd. biol. *P. M.*, 413.

AVIS. — ***Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.***

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'ARYTHMIE COMPLÈTE PAR INTOXICATION DIGITALIQUE

PAR MM.
Charles AUBERTIN et **Guy LE SUEUR**
Professeur à la Faculté. Médecin adj. à l'hôpital Necker.

De tous les troubles du rythme provoqués par la digitale, l'arythmie complète est le plus rare, sinon le plus grave, bien qu'il soit considéré parfois comme l'aboutissant de tous les autres troubles. Nous en avons pourtant observé 2 cas en un an et en avons trouvé une quarantaine dans la littérature.

Notre première observation est une intoxication thérapeutique chez un mitral rhumatismal de 57 ans entré dans le service de notre collègue Ch. Richet pour une insuffisance cardiaque à pouls régulier et à rythme sinusal. Ce malade reçut en quelques jours 0 g. 75 de poudre de digitale, puis XV gouttes de digitaline, puis 3 injections intraveineuses de digilanide C ; après la troisième injection le malade fit un collapsus brutal avec cyanose et effondrement de la tension et le pouls, qui était auparavant à 95, tomba aux environs de 30, irrégulier, l'électrocardiogramme montrant une fibrillation auriculaire avec bradyarythmie complète à rythme compris entre 27 et 40 et présence de quelques extra-systoles. Sous l'influence du traitement par l'ouabaïne et le camphre, l'état s'améliore peu à peu, l'arythmie devient un peu moins lente, et au bout de onze jours le cœur redevient régulier à 95, le rythme sinusal reparaissant ; l'intervalle P-R redevient ce qu'il était avant, mais on constate un abaissement général du voltage de P, de R et de T. En même temps l'état clinique s'améliore, la diurèse se rétablit et les phénomènes d'insuffisance cardiaque disparaissent. Mais, une dizaine de jours plus tard, une nouvelle poussée rhumatismale avec pleurésie et péricardite apparaît, amenant une crise d'insuffisance cardiaque mortelle pendant laquelle le rythme resta sinusal jusqu'à la fin.

Notre deuxième observation est celle d'une intoxication par tentative de suicide chez une femme indemne d'affection cardiaque, suivie dans le service de notre collègue L. Binet : le cœur était d'abord extrêmement lent et irrégulier, puis il s'accéléra et, au moment où nous pûmes faire l'électrocardiogramme, il existait un fibrillo-flutter avec arythmie ventriculaire extrêmement marquée, les écartements variant de 46 à 120, sans extra-systoles ni modifications notables des complexes ventriculaires. Cet état cardiaque s'améliora, mais nous ne pûmes suivre la malade électrocardiographiquement.

Nous avons trouvé dans la littérature 45 observations dans lesquelles l'arythmie complète avait été indiscutablement la conséquence de l'intoxication digitalique et nous sommes persuadés que ce trouble du rythme, souvent passager, serait rencontré moins rarement si l'on faisait des électrocardiogrammes quotidiens dans les cas de grande intoxication digitalique[1].

Le plus souvent il s'agit d'intoxication thérapeutique chez des sujets en insuffisance cardiaque, comme chez notre premier malade, ou chez celui de Neuhoff, à qui une infirmière avait continué d'administrer pendant plusieurs semaines la dose de digitaline prescrite pour quelques jours. Mais dans 6 cas il s'agissait de tentatives de suicide chez des sujets à cœur sain, et dans 1 cas (Brams et Gabermann) il s'agit d'une expérience thérapeutique chez un sujet normal à qui l'on injecta en neuf jours 45 cm^3 de digifoline et qui fit une fibrillation auriculaire transitoire. Ces derniers faits constituent une preuve indiscutable de l'existence d'une arythmie complète d'origine purement digitalique.

Le début est marqué, en général, par des vomissements, parfois par du collapsus, puis apparaissent les troubles du rythme, ralentissement sinusal entre 40 et 60, apparition d'extra-systoles et de blocage incomplet : c'est plus tard qu'apparaît l'arythmie complète, qui vient se surajouter aux troubles classiques du rythme que nous venons d'énumérer.

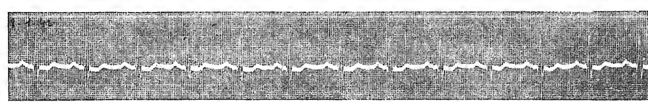


Fig. 1. — Electrocardiogramme avant l'intoxication digitalique. Rythme sinusal à 110.

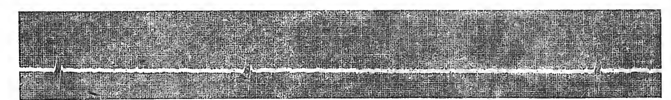


Fig. 2. — Arythmie complète lente par fibrillation provoquée par la digitale.

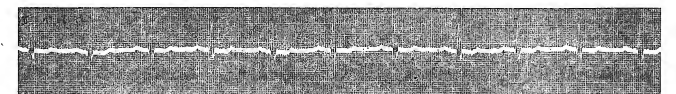


Fig. 3. — Même malade 9 jours plus tard. Le rythme sinusal (régulier à 95) a reparu.

Elle présente comme caractère particulier son extrême lenteur, les chiffres inférieurs à 40 étant la règle : chez notre malade, ils étaient de 29 au début, pour s'élever lentement, les jours suivants, à 36 puis 37 ; les auteurs donnent les chiffres de 42-44 ; 40 ; 30-45 ; 32-34 ; 36-24 ; 24. Cette lenteur a fait croire quelquefois à un rythme régulier, du moins cliniquement : mais l'irrégularité est évidente sur les tracés et l'on y trouve des pauses qui peuvent atteindre trois secondes, comme dans un cas d'Albeaux-Fernet, et trois secondes soixante centièmes, comme dans le nôtre. Cependant le rythme ventriculaire peut n'être que modérément ralenti, entre 50 et 60, ou même sensiblement normal.

Il s'agit, le plus souvent, de fibrillation pure dans laquelle les ondulations sont assez peu visibles, mais parfois on trouve un fibrillo-flutter dans lequel la fibrillation domine nettement et dans lequel quelques ondulations irrégulières, très aplaties, font penser à des contractions auriculaires atypiques ; le flutter pur n'a été observé que deux fois, et seulement de façon transitoire.

Les extra-systoles ventriculaires sont chez les cardiaques en intoxication thérapeutique presque constamment associées à l'arythmie complète et elles affectent parfois la forme bigéminée ; mais dans les tentatives de suicide chez les non-cardiaques elles ne sont pas signalées, ni avant, ni pendant, ni après la fibrillation, ce qui confirme les notions acquises sur la rareté de ce trouble toxique chez les sujets à cœur sain.

Dans un certain nombre de cas on note des altérations des complexes ventriculaires dont certaines semblent bien créées par l'intoxication digitalique elle-même. Dans notre première observation nous avons trouvé pendant la fibrillation une diminution notable du voltage de R dans les trois dérivations, qui persista après que le rythme sinusal fut rétabli ; l'onde T peut s'aplatir ou s'inverser pendant la fibrillation et revenir ensuite à son type antérieur, comme l'ont vu Tung et nous-mêmes ; on peut plus rarement observer une alternance électrique avec bifidité des ondes rapides (Schwartz) comme prélude à la fibrillation.

Enfin un allongement de l'espace P-R peut être constaté pendant quelques jours après la disparition de la fibrillation, puis toutes les anomalies électriques disparaissent.

Nous n'insisterons pas sur les troubles associés qui sont ceux de toute intoxication massive digitalique, en particulier sur l'état lipothymique et les syncopes liées aux paroxysmes bradycardiques, non plus que sur l'oligurie marquée entraînant une azotémie passagère ; il semble aussi qu'il se produise, même chez les sujets non cardiaques, un certain degré de dilatation aiguë du ventricule gauche, révélée par un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Malgré sa gravité apparente, malgré le ralentissement extrême du cœur et les longues pauses qui en résultent, l'arythmie complète digitalique n'entraîne pas par elle-même un pronostic très grave, puisque nous ne comptons que 3 morts sur nos 45 observations. Le trouble du rythme dure généralement de trois à dix jours, pendant lesquels le cœur tend à s'accélérer, d'ailleurs assez lentement, et c'est très brusquement que l'arythmie cesse et que le rythme sinusal reparaît, normal dans les tentatives de suicide, plus ou moins rapide selon l'état antérieur du cœur dans les intoxications thérapeutiques. Les extra-systoles qui accompagnaient ou précédaient l'aryth-

1. Voir les observations complètes dans la thèse de notre externe Planchon (Paris, 1943).

mie complète disparaissent quelques jours après elle et le cœur revient à son état antérieur. Très rarement l'arythmie persiste et l'on peut penser qu'en pareil cas, chez un mitral, l'intoxication digitalique n'a fait que provoquer l'apparition de la fibrillation, qui devait survenir tôt ou tard.

Si l'on redonne ultérieurement de la digitale à dose moindre, la fibrillation peut ne pas se reproduire ; de plus, lors de l'évolution ultérieure de la cardiopathie vers la mort, le rythme peut, jusqu'à la fin, rester sinusal.

Il est généralement difficile de prévoir quelle sera l'évolution de l'arythmie complète digitalique. Certes, l'augmentation progressive de la bradycardie est de mauvais pronostic vital (de 45 à 24 en cinquante-sept heures dans le cas mortel d'Albeaux-Fernet, mais on ne peut dire que le degré de la bradycardie puisse faire prévoir l'évolution de la crise (de 29 à 37 chez notre malade qui a guéri).

D'une manière générale, l'arythmie complète digitalique ne semble pas avoir forcément une influence particulièrement nuisible sur l'évolution ultérieure de la cardiopathie, et la crise de fibrillation rappelle parfois par son évolution la crise d'arythmie complète paroxystique avec son début et sa terminaison brusques; elle en diffère toutefois par son caractère bradycardique et les autres troubles du rythme qui la précèdent ou l'accompagnent.

Le diagnostic clinique de l'arythmie complète digitalique peut être assez difficile du fait de la lenteur du rythme qui semble régulier, de sorte qu'on peut penser soit à une bradycardie sinusale, soit à une bradycardie par dissociation, qui sont l'une et l'autre des symptômes classiques de l'intoxication digitalique ; si le cœur est nettement irrégulier on peut penser à l'arythmie extrasystolique, également fréquente en pareil cas. L'électrocardiogramme est donc indispensable pour établir le diagnostic.

Un diagnostic assez difficile est à faire avec la bradycardie nodale, fort rare, mais également signalée dans l'intoxication digitalique. En pareil cas, on ne voit pas d'ondes de fibrillation, même en quatrième dérivation : mais surtout le rythme est parfaitement régulier.

Enfin, s'il s'agit d'un cardiaque en traitement, il ne faudrait pas méconnaître l'action étiologique de la digitale et croire que l'arythmie complète est antérieure à son administration : toute fibrillation survenant pendant une cure digitalique ou immédiatement après doit être suspectée d'origine toxique ; la méconnaissance de cette origine pourrait conduire à augmenter ou à prolonger les doses du médicament, ce qui aurait pour effet d'aggraver l'intoxication.

Le traitement comporte, outre la suspension immédiate de tout digitalique, les moyens habituels d'évacuation, l'administration des analeptiques cardiaques à forte dose ; mais il y aura lieu d'y ajouter, dans quelques cas, l'ouabaïne intraveineuse qui nous a donné d'excellents résultats. Quant à l'atropine, elle ne semble pas avoir influencé l'arythmie complète digitalique et n'a donné de résultat sur le rythme que lorsque celui-ci était redevenu sinusal.

ROLE PHYSIOLOGIQUE DE LA PHOSPHATASE DES OS ET MÉCANISME DE LA CALCIFICATION OSSEUSE

Par **Jean ROCHE**
(Marseille)

La plus importante des contributions biochimiques récentes à l'étude de l'ossification est sans conteste la découverte de la phosphatase des os par Robison en 1923. Le rôle physiologique de celle-ci a depuis lors fait l'objet de nombreux travaux permettant d'expliquer comment l' « enzyme des os » participe à la calcification.

La phosphatase des os hydrolyse les monoesters de l'acide phosphorique (hexosephosphates, glycérophosphates, triosephosphates) en libérant celui-ci et le dérivé alcoolique qui lui est combiné à un pH optimum voisin de 9 et son principal activateur est l'ion magnésium (Jenner et Kay). Sa répartition dans la nature et l'évolution des variations de son taux au cours de la croissance osseuse ont apporté une première série d'indications sur son rôle dans l'ostéogénèse et l'étude de la calcification, *in vitro*, a permis d'expliquer comment elle participe à celle-ci. Aussi convient-il d'exposer brièvement les résultats acquis dans ces divers domaines avant de les relier au mécanisme général de la calcification du squelette.

A. Localisation de la phosphatase et variations physiologiques de son activité dans les os. — Seuls les os en cours de formation sont riches en cet enzyme chez l'homme et chez tous les vertébrés. La métaphyse et le cartilage d'accroissement en sont abondamment pourvus dans les os longs de l'enfant, alors que le cartilage hyalin n'en renferme pas (Policard, Péhu, Roche et Boucaumont). Au cours du développement des ébauches osseuses embryonnaires du poulet, la phosphatase apparaît exclusivement dans les territoires où se développent le tissu ostéoïde et le cartilage hypertrophique (Robison et Fell) et, chez les poissons cartilagineux, seules les parties périphériques calcifiées des os cartilagineux en renferment (Roche et Bullinger). La localisation de l'enzyme permet donc de prévoir qu'il joue un rôle dans la formation du « sel de l'os ».

L'étude des ossifications hétérotopiques a apporté une première confirmation à cette manière de voir en montrant que la calcification expérimentale de greffes d'épithélium vésical (Huggins) ou de cartilage auriculaire (Severi) va de pair avec l'apparition d'une activité phosphatasique dans ces tissus. Les faits les plus significatifs à cet égard sont sans doute ceux mis en évidence par l'étude des modifications de l'activité phosphatasique au cours du développement des os (Robison et Fell, Roche, Filippi et Léandri). Etablis aussi bien sur des os longs (partie membraneuse et cartilage de conjugaison) que sur des os plats (membraneux) ils traduisent un aspect général du processus de l'ossification, indépendant des structures histologiques. Quel que soit le matériel de recherches mis en œuvre, la phosphatase est abondante dans les périodes de calcification rapide et son taux diminue fortement quand le rythme de la minéralisation se ralentit. C'est ainsi que, par exemple, dans la rotule humaine, une activité phosphatasique ne se manifeste que vers l'âge de deux ans, époque à laquelle se forment les premiers nodules d'ossification (Robinson et Martland). Il existe donc une relation directe entre toute calcification rapide et l'activité phosphatasique du tissu où elle se manifeste.

L'étude parallèle des variations de l'activité enzymatique et de l'évolution de la calcification a permis une première localisation de la participation de la phosphatase sur deux phases bien définies de l'ostéogénèse. Elle a montré que l'enzyme apparaît avant la « prise » des sels dans les cals des fractures et dans les os ou les dents embryonnaires, que son activité est maxima lors de celle-ci, puis régresse rapidement (Roche et Bullinger, Roche et Martin-Poggi). La phosphatase ne doit donc pas seulement jouer un rôle dans la dernière étape de la calcification, mais aussi dans certains stades de la formation de la substance osseuse antérieurs à la précipitation des sels phosphocalciques.

B. Mécanisme biochimique de l'action physiologique de la phosphatase dans la calcification des os. — C'est à Robison et à ses collaborateurs, entre autres Martland, Rosenheim et Soames, que revient le mérite d'avoir, les premiers, essayé d'expliquer, par une brillante série de recherches histochimiques sur la calcification *in vitro*, comment la phosphatase participe à l'ossification. Ayant remarqué que l'action des phosphatases des levures sur l'hexosemonophosphate de baryum provoque la précipitation de phosphate de baryum, Robison émit l'hypothèse que le phosphate tricalcique des os se forme par un mécanisme voisin, mettant en œuvre l'hydrolyse enzymatique des esters phosphoriques des humeurs. En fait, si l'on immerge à 37° dans une solution isotonique de pH = 7,2 contenant des ions calcium et un hexosemonophosphate de sodium des coupes de l'épiphyse supérieure du tibia prélevées sur des rats ou des lapins en croissance, on observe en quinze heures la formation d'un dépôt de phosphate tricalcique au niveau de la ligne d'ossification du cartilage de conjugaison. Après avoir soigneusement étudié les facteurs susceptibles de modifier l'intensité de ce phénomène, Robison et Soames ont essayé de préciser quel rôle y joue la phosphatase.

La calcification, *in vitro*, du cartilage de conjugaison peut être réalisée aussi bien à partir d'ions calcium et phosphorique que d'ion calcium et d'un ester phosphorique. Dans ce dernier cas, elle n'a lieu que si la phosphatase exerce son activité ; la destruction préalable de l'enzyme par la chaleur l'empêche, les coupes osseuses chauffées demeurant aptes à se calcifier en présence d'ions calcium et phosphorique. C'est donc en libérant ce dernier que la phosphatase permet la formation de phosphate tricalcique.

L'importance physiologique du ravitaillement local en radicaux phosphoriques par action de l'enzyme ressort nettement d'expériences où l'on a étudié l'intensité (examen histochimique) de la calcification, *in vitro*, dans des milieux de teneurs diverses soit en ions calcium et phosphorique, soit en ion calcium et en hexosemonophosphate. En présence des deux ions minéraux, on n'observe pas la formation de phosphate tricalcique si le produit : $Ca \times P$ (m*g.* pour 100 *cm*³) est inférieur à 40 (10 m*g.* Ca et 4 m*g.* P pour 100 *cm*³). Par contre, ce phénomène a lieu dans des milieux contenant 10 m*g.* Ca et 0,5 m*g.* P à l'état d'ester phosphorique ($Ca \times P = 5$). C'est là la preuve directe que la formation *in situ* d'ions phosphoriques par action de la phosphatase sur des esters permet, ou tout au moins renforce, la calcification osseuse avec une intensité telle que l'apport par les humeurs de quantités minimes de phosphore estérifié (0,5 m*g.* P pour 100 *cm*³ dans le sérum) suffit à assurer le ravitaillement de l'os en radicaux phosphoriques au cours des « prises » les plus rapides (cals).

Le rôle de la phosphatase étant défini par lui comme celui d'un agent local de ravitaillement en ions phosphoriques, Robison a proposé le schéma suivant de la formation du « sel de l'os » : les humeurs baignant la substance osseuse, sursaturées en phosphate tricalcique, renferment des ions calcium et phosphorique à une concentration correspondant au produit de solubilité de ceux-ci. Dans ces conditions, il suffit que des ions phosphoriques se forment sous l'action de la phosphatase pour que du phosphate tricalcique précipite. L'enzyme provoque donc par son action sur les esters phosphoriques des humeurs la précipitation immédiate de ce sel.

Cette conception ramène la calcification à un phénomène physico-chimique fort simple, sans autre relation avec le tissu osseux que l'activité phosphatasique. Interprétation de faits expérimentaux qualitatifs traduisant les conséquences de l'action phosphatasique sans préciser l'évolution de ses effets, elle ne tient compte ni de l'enrichissement de la substance préosseuse en radicaux phosphoriques antérieur à sa « prise », ni de l'activité phosphatasique intense de la substance préosseuse avant la précipitation du « sel de l'os ». Aussi une analyse plus fine du mécanisme chimique de la calcification, *in vitro*, était-elle nécessaire afin d'en dissocier les étapes en se basant sur l'étude quantitative de la fixation du calcium et des radicaux phosphoriques pendant le cours de ce phénomène — et non plus seulement à un seul temps de celui-ci où l'on peut constater par voie histochimique (méthode de Kossa, spécifique des radicaux phosphoriques et non d'un

phosphate de calcium défini) la formation de phosphate tricalcique.

C'est là ce qu'ont réalisé Roche et Deltour (1943) sur des coupes de cartilage d'accroissement et de métaphyse d'os embryonnaires placées dans des milieux de composition identique à ceux employés par Robison et renfermant, à égalité de teneur en phosphore total et en calcium, soit des ions phosphorique et calcium, soit des ions calcium et un ester phosphorique. En suivant de deux heures en deux heures par des dosages la fixation du phosphore et du calcium par les fragments osseux dans ces divers milieux, on constate que l'enrichissement en ces deux éléments est beaucoup plus important en présence d'ions calcium et de l'ester phosphorique qu'à partir des deux ions minéraux, la teneur en calcium des solutions minéralisantes étant pourtant identique et égale à 10 mg. pour 100 cm^3 dans tous les cas. Dans les milieux renfermant l'ester phosphorique, on note au cours des premières heures d'expérience une fixation de phosphore notablement supérieure à celle de calcium et, par la suite, la valeur du rapport : calcium fixé/phosphore fixé traduit la formation de phosphate tricalcique ou d'un mélange de phosphates bicalcique et tricalcique. Mais, quel que soit le temps de l'expérience, la mise en liberté d'ions phosphoriques au niveau de territoires en voie d'ossification provoque un appel d'ions calcium.

Dès lors, la phosphatase joue dans la calcification *deux rôles* importants : *elle enrichit directement l'os en radicaux phosphoriques et provoque secondairement, de ce fait, un véritable drainage d'ions calcium vers celui-ci*, ce dernier phénomène ayant pour conséquence la formation d'un phosphate de calcium insoluble. Mais, lorsque l'on veut se représenter la fonction physiologique de la phosphatase, il convient de transposer ces faits dans le cadre du mécanisme général de la formation de la substance osseuse[1]. C'est ce qu'ont essayé de réaliser Roche et Deltour en coordonnant dans la théorie suivante un ensemble de données apportées par l'histologie et par la biochimie de la substance osseuse.

C. Mécanisme chimique de la calcification des os. — Ce processus évolue en 4 étapes successives : 1° la combinaison des ions phosphoriques et calcium à la substance préosseuse ; 2° la transformation des protéines de celle-ci en matrice protéique de la substance osseuse et la libération *in situ* des ions antérieurement fixés ; 3° la précipitation d'un phosphate de calcium insoluble ; 4° sa fixation aux protéines de la substance osseuse.

Au cours de la *première*, la substance préosseuse s'enrichit en radical phosphorique et en calcium, la fixation de l'un et celle de l'autre étant simultanées et indépendantes. Les ions calcium proviennent exclusivement du sang, tandis que les ions phosphoriques sont à la fois apportés par les humeurs dérivées du plasma et produits en abondance *in situ* par l'action de la phosphatase sur les esters humoraux. L'existence de ce mécanisme local d'enrichissement en ion phosphorique a pour conséquence la présence d'un excès relatif de phosphore dans les os en voie de formation.

Pendant la *seconde période*, les protéines auxquelles sont combinés le calcium et les radicaux phosphoriques subissent des transformations profondes que traduisent des modifications de colorabilité vis-à-vis des réactifs histologiques, puis l'apparition de la propriété la plus caractéristique de la matrice protéique des os, à savoir son aptitude à fixer des sels phosphocalciques. Ces transformations ont pour conséquence la mise en liberté d'ions phosphorique et calcium; il en résulte, *dans une troisième étape*, la précipitation d'un phosphate de calcium. Or, un excès d'ion phosphorique antérieurement fixé est présent et augmente sans cesse sous l'action de la phosphatase lorsque cette phase commence. Un mécanisme complémentaire, en quelque sorte compensateur, de cette action enzymatique intervient alors : des ions calcium sont drainés des humeurs vers la substance osseuse, bloquant ainsi l'excès d'ion phosphorique à l'état de combinaison insoluble. Celle-ci précipite rapidement sous forme de phosphate tricalcique, $(PO_4)_2Ca_3$, mais il est possible que le phosphate bicalcique, PO_4CaH, soit le produit initial de la calcification, dont la *quatrième étape* est la fixation du « sel de l'os » aux protéines de la substance osseuse[2].

La calcification des os est donc un phénomène physiologique très complexe, auquel participent activement la matrice protéique et la phosphatase et non pas un processus physicochimique simple régi par le produit de solubilité des ions phosphorique et calcium. Contrairement à une opinion très répandue (théorie des « fixateurs du calcium ») un rôle d'élément initiateur n'y est pas tenu par le calcium et, par ailleurs, la fonction du radical phosphorique apparaît comme prééminente ; aussi l'activité de la phosphatase, dont les modalités ont été décrites dans ce mémoire, constitue-t-elle un élément très important de la calcification osseuse[3].

1. A. Policard et J. Roche : La formation de la substance osseuse. Essai de coordination des données histologiques et biochimiques. *Ann. Physiol. et Physicochim. biol.*, 1937, 13, 645-703.

2. On trouvera dans : J. Roche et G.-H. Deltour : Mécanisme de la calcification osseuse et théorie des « fixateurs du calcium », *Bull. Acad. Méd.*, 1943 (sous presse), un exposé des faits expérimentaux sur lesquels repose la conception ici résumée.

3. La phosphatase intervient également dans des phénomènes de transport du calcium osseux (mutations calciques, ostéolyses, remaniements haversiens). Ce rôle, étranger au mécanisme général de la calcification, a fait l'objet d'une mise au point dans : J. Roche : La phosphatase des os. Biochimie normale et pathologique, 251-269, *in Exposés annuels de Biochimie médicale*, 1942, 3, 1 vol., 296 (*Masson et Cie*, édit.), Paris.

COÏNCIDENCES FAMILIALES DE LEUCÉMIE AIGUË ET DE SCLÉRODERMIE

Par **R. TURPIN**

(Paris)

L'apparition chez des individus différents mais de la même famille, de maladies sans liens apparents, prend une signification quand cette coïncidence dépasse la fréquence qu'on pourrait attendre, d'après les proportions respectives de ces maladies dans le milieu où vit la famille considérée. Les déductions tirées de tels faits ont souvent orienté les enquêtes étiologiques. Celles-ci ont parfois révélé à l'origine de deux affections qui semblaient étrangères l'une à l'autre une cause commune, héréditaire ou ambiante : le fonds constitutionnel commun de maladies allergiques peut s'exprimer chez l'un par de l'asthme, chez l'autre par de l'urticaire ; une affection tuberculeuse contractée à la même source peut déterminer chez une fillette un érythème noueux, chez son frère une tuberculose gangliopulmonaire.

Une telle enquête m'a permis de déceler à plusieurs reprises dans les familles de sujets atteints de leucémie aiguë un cas de sclérodermie. Avant de discuter l'intérêt de cette coïncidence, il convient de rapporter les faits.

L'enquête a été limitée dans chaque famille aux frères et sœurs du malade, à ses père, mère, oncles et tantes, à ses grands-parents.

Famille M... — Une fillette, née le 1er Mars 1937, l'aînée, succombe de leucémie aiguë en 1943. Sa grand'mère paternelle était morte de sclérodermie généralisée en 1940, à 55 ans. Les premières manifestations de ce mal étaient apparues vers 1923 ; elles se précisèrent en 1925 après une hystérectomie totale (fibrome utérin) et quinze ans plus tard emportèrent la malade, en dépit d'une parathyroïdectomie faite en 1929.

Famille L... — Un fils, deuxième né d'un groupe de 4 enfants, succombe de leucémie aiguë. Quelques années plus tard, le plus jeune de ses frères meurt à 40 ans de sclérodermie généralisée.

Famille F... — Dans une famille de 4 enfants, le deuxième, un garçon, succombe à 14 ans de leucémie aiguë ; seize ans plus tard son plus jeune frère est emporté à son tour, à 20 ans, par la même maladie. Or, une tante maternelle de ces deux sujets atteinte de sclérodermie progressive, stabilisée après quelques années d'évolution, meurt à 62 ans de cancer du côlon.

Famille M.

Famille L.

Famille F

● leucémie aiguë
⊕ sclérodermie
∘ fausse couche

La coïncidence de deux cas de leucémie aiguë dans la famille F... est digne d'attention. Les circonstances qui entourèrent leur apparition ne permettent pas de retenir l'hypothèse de la contamination d'un frère par l'autre. Quand la maladie emporta le premier enfant, à 14 ans, son jeune frère avait 4 ans. Il devait mourir lui-même seize ans plus tard, en quelques mois, à 20 ans.

Mais le fait que nous désirons seul considérer ici est la coïncidence familiale de leucémie aiguë et de sclérodermie.

Nous avons recueilli, sans nous attacher spécialement à l'étude de cette maladie, dans le cours de ces trois dernières années, 10 observations de leucémie aiguë. L'étude de la morbidité des frères et sœurs, du père, de la mère, des oncles et tantes, des grands-parents de ces 10 malades nous a mis en présence de 3 cas de sclérodermie. La somme des individus envisagés est 98. Admettons, pour faciliter le calcul, que cette somme soit 100 et supposons que la fréquence de la sclérodermie généralisée ou progressive au sein de la population soit 1/10.000, chiffre qui nous paraît dépasser notablement la réalité d'après les estimations tirées du matériel des consultations hospitalières. Ces appréciations vont nous donner une idée de la probabilité d'apparition, du fait du hasard seul, de 3 cas de sclérodermie dans ces 10 familles entachées de leucémie aiguë. Soit en effet un caractère dont la fréquence dans la population est de 1/10.000. On tire au hasard 100 individus : les chances de voir apparaître le caractère 0, 1, 2, 3, ... fois sont données par le développement de la formule du binôme

$$\left(\frac{9.999}{10.000}+\frac{1}{10.000}\right)^{100}.$$

La probabilité de voir apparaître 3 fois ce caractère est donc de l'ordre de $0,16 \times 10^{-6}$.

A moins d'accepter l'intervention d'un hasard vraiment extraordinaire, il faut bien admettre, devant une probabilité aussi faible, qu'un facteur commun réunit leucémie aiguë et sclérodermie et qu'une indication étiologique se dégage de ce rapprochement.

L'HYDROCÉPHALIE EXTERNE AU COURS DE LA COQUELUCHE

RÉFLEXIONS PHYSIO-PATHOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES SUR LES MÉNINGITES SÉREUSES

PAR MM.

J.-A. CHAVANY et Michel FELD

(Paris)

Les complications nerveuses de la coqueluche sont nombreuses. Depuis la description *princeps* de Trousseau (1877), les travaux de Jarke (1896), de Jules Comby (1907), de multiples aspects cliniques de l'atteinte nerveuse coquelucheuse ont été rapportés, frappant toutes les parties du névraxe, encéphalites diverses, méningites, myélites, polynévrites. La *méningite séreuse* n'a pas été décrite à notre connaissance. L'observation suivante comble cette lacune et les réflexions qu'elle suggère nous semblent dignes d'être relatées.

Une jeune femme de 28 ans, F. L., aide-cuisinière, nous est adressée le *19 Février 1943* à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié, en observation pour un syndrome nerveux bizarre au sujet duquel la question d'organicité doit d'abord être réglée.

Aucun antécédent notable en dehors d'angines fréquentes compliquées à plusieurs reprises d'abcès amygdaliens. Mariée, a un enfant de 8 ans et en a perdu un en quelques heures et un autre venu à 7 mois.

L'histoire de sa maladie remonte au début d'*Avril 1942*. Alors qu'elle était en convalescence à la suite de l'ablation d'un ménisque du genou droit, elle amorce, sans aucune fièvre mais avec un certain état de fatigue générale, une *coqueluche* dont les accès deviennent de plus en plus pénibles et fréquents s'accompagnant de vomissements. Après trois semaines de toux continuelle, elle présente *le 23 Avril*, vers 15 heures, un état syncopal qui se prolonge une demi-heure sans aucun signe surajouté pouvant faire penser à l'épilepsie. A la sortie de cet état elle souffre au niveau du cou et derrière la tête. Les jours suivants les quintes de toux augmentent encore de violence, la fièvre oscille autour de 38°, la céphalée devient persistante avec raideur douloureuse du rachis cervical.

Le 2 Mai 1942 elle entre à l'hôpital Pasteur en pleine coqueluche. On lui fait une *ponction lombaire;* le liquide céphalo-rachidien est normal. La nuit suivante est mauvaise, céphalée atroce, nausées, agitation. Le lendemain quintes de toux, maux de tête, vomissements, raideur de la nuque *ont disparu comme par enchantement ;* c'est une véritable résurrection. Elle quitte l'hôpital, guérie, quelques jours plus tard, travaille aussitôt et reprend 8 kg. dans les mois qui suivent.

Le 23 Janvier 1943, brusquement le matin vers 9 h., elle est prise de vomissements avec efforts, de fourmillements dans la nuque et d'un état lypothymique l'obligeant à se coucher. Dans le décubitus dorsal ses troubles cessent pour reprendre au moindre changement de position de la tête. Pas de fièvre. Il est constaté à ce moment une raideur du rachis et de la nuque ainsi qu'un signe de Kernig. Ce syndrome traité par les sulfamides à faibles doses s'amende en une quinzaine de jours.

Elle s'est relevée et vaque aux soins de son ménage, quand, le *10 Février*, vers 18 heures, à la suite d'une colère, elle sent brusquement sa jambe gauche se raidir et se paralyser « de bas en haut ». Puis le bras est pris d'une violente douleur surtout périscapulaire et, au bout de quelques secondes, se crispe brutalement en demi-flexion. Elle perd alors conscience mais de façon partielle, car elle entend le son des voix autour d'elle. Elle n'a pas de convulsions. Cette crise dure dix minutes environ et se termine par des frissonnements. Le lendemain, après une bonne nuit, elle peut allonger ses doigts mais son bras reste gourd. La raideur de la jambe cède brusquement au bout de quarante-huit heures. Mais le bras ne se dégage qu'en huit jours, en allant de la main vers l'épaule. Durant cette période, son médecin a constaté « une hémiplégie gauche avec abolition des réflexes tendineux mais sans signe de Babinski ».

Jusqu'au 19 Février, jour de son hospitalisation à la Pitié, elle ne souffre aucunement mais l'état lypothymique se reproduit trois fois avec trois syncopes, l'une de trente minutes, les deux autres de dix minutes. A ce moment l'*examen neurologique* s'avère à peu près *complètement négatif*. La force musculaire, la marche, la station debout, le tonus sont normaux ainsi que tous les modes de réflectivité et de sensibilité. La coordination cinétique est normale, mais dans l'épreuve des bras tendus et dans celle de l'index-doigt le bras gauche dévie à gauche. Toutes les paires craniennes sont normales. Les examens des yeux et des oreilles sont négatifs. Pas de troubles sphinctériens. Morphologie du crâne normale. La pression de la fosse temporale gauche est un peu douloureuse. Nuque souple. Pas de Kernig. Psychisme normal.

Examen somatique négatif. Toutes les épreuves de laboratoire sont négatives. Radiographies du crâne normales.

Ventriculographie le 4 Mars 1943 (Feld) : Trépano-ponction occipitale bilatérale. Ventricules en place semblant petits. Injection de 50 cm^3 d'air à gauche. Débit accéléré de liquide par le trocart de droite sans débit d'air. Le liquide ventriculaire recueilli est faiblement hémorragique : sa cytologie est celle du sang qu'il contient : 18 cg. d'albumine. Sur les clichés les ventricules ne sont pas injectés ; par contre, les espaces sous-arachnoïdiens péri-cérébraux le sont très nettement. En plus de quelques sillons élargis, on y voit de *véritables marécages* siégeant dans la région fronto-pariétale paramédiane, aspect caractéristique de la méningite séreuse sous-arachnoïdienne.

Suites opératoires habituelles : céphalée, quelques nausées.

Cette observation, relativement fertile en incidents, pose plusieurs problèmes intéressants et fournit à certains d'entre eux une réponse au moins fragmentaire.

I. Voici d'abord une curieuse maladie dont les manifestations hétéroclites et déroutantes étaient bien faites pour susciter des doutes au sujet de sa *nature organique*. On connaît, en effet, le caractère capricieux et insolite des accidents pithiatiques avec leurs guérisons spectaculaires, on sait la fugacité et la labilité de nombreuses perturbations fonctionnelles. Avec la répétition des accidents jointe à leur évolution spontanément régressive notre malade avait tout ce qu'il fallait pour susciter pareille hypothèse diagnostique. Et cependant elle était porteuse d'une affection à substratum organique. Quand on y regarde de près le diagnostic de pithiatisme n'est en réalité qu'un diagnostic d'élimination et on ne saurait s'entourer de trop de garanties avant de conclure dans ce sens. Il n'est pas rare, en outre, qu'en l'admettant notre esprit reste insatisfait, ayant toujours l'arrière-pensée d'une *épine irritative* qu'il laisse échapper tant dans le domaine neurologique que dans la sphère psychique. La *majoration pithiatique* peut, d'une façon générale, se greffer sur un *état anatomique* à extériorisation débutante fruste mais dont l'évolution fera ultérieurement la preuve (processus tumoral, inflammatoire, artériopathique). Mais dans le cas particulier qui nous occupe, les rapports du pithiatisme et de la méningite séreuse sont susceptibles d'être envisagés sous un autre angle, dépassant le cadre d'un banal diagnostic différentiel résultant d'une analogie de symptômes. Il semble, en effet, que la méningite séreuse peut constituer dans certains cas un *substratum anatomique décelable* qu'il suffit de rechercher pour donner un fondement à des *syndromes étiquetés pithiatiques* sur la base de leur réversibilité et de leur curabilité par la suggestion. Il apparaît de la sorte que la méningite séreuse qui, retenons-le, est un diagnostic d'exception (Clovis Vincent et H. Berdet), empiète sur le vaste domaine des manifestations dites fonctionnelles, domaine qu'elle peut contribuer à explorer et aussi à délimiter.

II. Notre observation constitue à la vérité une forme anatomo-clinique inédite de complication nerveuse de la coqueluche. Elle peut, peut-être, dans une certaine mesure, éclairer d'un jour nouveau *la pathogénie des quintes*. La soustraction de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire qui a fait céder la première poussée méningitique *a guéri net* et d'un seul coup les accès paroxystiques de toux. Ne voit-on pas la toux coqueluchoïde constituer, au cours des compressions médiastinales, un symptôme d'irritation de la Xe paire ? Il n'est pas impossible de penser par analogie que la quinte de toux de la coqueluche-maladie traduit la souffrance de cette même X^e paire, souffrance isolée ou révélatrice d'une *méningo-encéphalite coquelucheuse* a minima.

III. — Nous sommes en face, ici, d'une méningite séreuse d'étiologie déterminée. A côté des *formes traumatiques* souvent discutables, à côté des *formes* en rapport avec *des suppurations des cavités cranio-faciales*, de celles qui sont satellites d'une *encéphalite évolutive* ou de la plus authentique des *tumeurs cérébrales*, s'inscrit la pléiade considérable des méningites séreuses *toxiques* (urémie) ou *infectieuses* (rhumatisme articulaire aigu, grippe, typhoïde, tuberculose). Pour expliquer ces derniers cas nombre d'auteurs ont fait intervenir la notion de « sensibilisation ». Une telle notion ne nous paraît pas nécessaire. Il s'agit en réalité d'un trouble osmotique et circulatoire. Pense-t-on à invoquer la sensibilisation avec son cortège d'hypothèses fragiles pour rendre compte de l'hydrothorax d'un cardiaque asystolique ou de l'ascite d'un cirrhotique ?

IV. Plusieurs notions précises se dégagent des faits observés par nous.

La clinique seule ne permet pas d'affirmer le diagnostic de méningite séreuse. Avec ou sans signes fonctionnels d'hypertension intracranienne, avec ou sans stase papillaire, il est nécessaire, autant pour affirmer un tel diagnostic que pour écarter celui toujours à redouter de néoformation intracranienne, d'avoir recours aux procédés instrumentaux, en l'espèce *la ventriculographie* et *l'encéphalographie par voie lombaire*.

La ventriculographie donne les renseignements suivants. Les ventricules sont *petits* et *en place*. Le *liquide s'écoule goutte à goutte*, il est souvent *rosé*. Injecte-t-on l'air dans un ventricule, le débit s'accélère aussitôt par le trocart enfoncé dans l'autre ventricule. A peine a-t-on introduit 10 à 20 cm^3 d'air que le patient accuse de la *céphalée frontale* et a des nausées traduisant « l'*intolérance des cavités ventriculaires* » qui fait que le gaz gagne les citernes et *se répand sur la corticalité* dans l'espace sous-arachnoïdien. Cependant que *par le trocart-témoin il n'y a pas de reflux d'air* et que si quelques bulles apparaissent le liquide n'en continue pas moins à s'écouler.

L'intolérance des ventricules est toutefois commune « *à toutes les modifications de masse* » des hémisphères cérébraux. Elle traduit une *perte d'extensibilité* de la substance cérébrale dénonçant une modification d'ordre physique. On ne peut pas, sur sa seule constatation, affirmer l'existence d'*œdème cérébral*, car nombreux sont les cas de cerveaux œdémateux qui gardent l'air, non plus que la *nature inflammatoire* des lésions, car il y a des cerveaux néoplasiques intolérants à l'injection d'air. Somme toute, *l'intolérance ventriculaire permet d'affirmer qu'il y a lésion cérébrale et de suspecter la nature inflammatoire* de cette lésion. Si l'intolérance ventriculaire est un fait hémisphérique, la persistance de l'écoulement-témoin est un fait hydraulique. En résumé, *ventricules intolérants et écoulement intarissable* constituent la *formule ventriculographique de la méningite séreuse*.

L'encéphalographie par voie lombaire permet, mieux que la ventriculographie directe, d'objectiver sur les clichés la méningite séreuse. Les sillons sont élargis, de véritables nappes confluentes se dessinent sur la corticalité créant *un aspect marécageux* très caractéristique.

Cependant c'est à la ventriculographie qu'on donnera la préséance quand il y a soupçon de tumeur cérébrale ; l'encéphalographie ne sera faite que dans un second temps. On ne la pratiquera d'emblée que si l'histoire clinique, l'examen neurologique et ophtalmologique, dans leur concordance, s'inscrivent très nettement contre l'hypothèse d'une tumeur.

Pour clore ces commentaires nous nous permettons de nous inscrire contre cette appellation de méningite séreuse pour dénommer ces processus pathologiques que Quincke, dès 1893, appelait *des états méningés sans méningite*. C'est seulement *secondairement* que l'arachnoïdite peut venir compliquer la *rétention séreuse*, mais celle-ci n'est pas provoquée par les phénomènes inflammatoires des lepto-méningites. Il s'agit simplement, en fait, d'une *hydropisie arachnoïdienne* et, pour tout dire, d'une *hydrocéphalie externe*. Aussi est-ce ce dernier terme qui devrait prévaloir.

Notre expérience personnelle nous donne à penser que ces cas d'hydropisie arachnoïdienne sont fréquents et sont susceptibles de rendre compte de nombre de symptômes qu'on qualifiait jusqu'ici d'anorganiques. C'est autour de cette idée directrice que nous centrons actuellement nos recherches.

(*Travail de la Clinique neuro-chirurgicale de la Faculté de Paris* [Prof. Cl. Vincent].)

LES ACCIDENTS LOCAUX DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE DES PLAIES

Par **A. CUÉNOT**
(Arcachon)

L'extension rapide des applications de la sulfamidothérapie locale fait que, de nos jours, il est assez rare qu'une plaie n'ait pas été traitée, au moins à un moment quelconque, par les sulfamides en poudre, le 1162 F le plus souvent.

Il est incontestable que les sulfamides, s'ils ont une action sur le microbe, ont tout comme les antiseptiques une action sur le tissu vivant avoisinant. L'action bactériostatique est un mot, peut-être très précis, au sens bactériologique, mais qui tend à faire croire que les sulfamides ne se comportent pas comme un antiseptique et n'ont aucun pouvoir agressif contre le tissu vivant : c'est une erreur.

Pour tous les tissus et en particulier pour le tissu de bourgeonnement, donc surtout pour les cellules en voie de multiplication, les sulfamides sont des poisons. Tout comme le chloral ou la colchicine les sulfamides arrêtent la caryocynèse et font dégénérer les cellules par vacuolisation.

L'abondance extrême des plaies traitées explique la relative fréquence d'incidents. Ceux-ci sont de deux ordres : le retard dans la cicatrisation des plaies ouvertes et la formation d'épanchement séreux dans les plaies fermées.

Nous ne voulons envisager ici que les accidents locaux de la sulfamidothérapie des plaies, négligeant, de parti-pris, les accidents généraux d'hypersensibilité comme nous en avons observés ou de résorption, rares au niveau des brûlures ou des vastes plaies, beaucoup plus fréquents dans la sulfamidothérapie des séreuses.

Ces incidents, au cours de la sulfamidothérapie locale, ne sont pas exceptionnels mais, au contraire, à des degrés divers absolument constants.

Nous avons déjà signalé que surtout les tissus de bourgeonnement étaient modifiés par la sulfamidothérapie locale. Cette atteinte est particulièrement nette lorsque ces tissus de granulation appartiennent à des malades à vitalité diminuée, chez les fatigués, les cachectiques, les vieillards ou chez les malades présentant antérieurement à l'application des sulfamides locaux des plaies atones entourées ou non de troubles trophiques ou vaso-moteurs.

Une autre cause des variations observées est la fréquence ou l'abondance des applications de sulfamide. Plus celles-ci ont été abondantes ou nombreuses, plus la cicatrisation sera retardée dans une plaie ouverte et plus sûrement se développera un épanchement séreux sous-cutané dans les plaies suturées.

Nous serions curieux de savoir si, depuis l'avènement de la sulfamidothérapie locale, les compagnies d'assurances, accident du travail, n'ont pas noté une augmentation de la durée de l'arrêt de travail chez les petits blessés des doigts, par exemple.

Si ces ennuis, en général bénins, sont souvent légers et passent inaperçus du praticien, ils sont la règle, et l'examen histologique le montre bien.

Chaque fois qu'un tissu vivant entre en contact suffisamment prolongé avec un sulfamide les cellules du derme et des couches malpighiennes se vacuolisent, dégénèrent et perdent toute aptitude à se multiplier. Les espaces intercellulaires se chargent de sérosités d'une manière un peu analogue à celle observée dans l'eczéma suintant. Les mitoses des zones fertiles disparaissent.

Puisqu'il existe des conséquences possibles à l'utilisation locale des sulfamides, leurs indications doivent être mieux posées. Ils ne doivent pas être appliqués systématiquement par principe, mais en cas d'infection ou de menace d'infection seulement.

En dehors de cette indication il ne faut utiliser les sulfamides qu'exceptionnellement.

Nous allons examiner avec quelques détails l'évolution clinique habituelle des plaies exagérément sulfamidées par trois exemples.

Celui d'une plaie chirurgicale aseptique suturée, une plaie des doigts non suturée et, enfin, une brûlure.

Plaie chirurgicale aseptique suturée. — En 1940-1941, alors que nous commencions à utiliser la sulfamidothérapie locale dans notre pratique journalière, il nous est arrivé souvent de poudrer les plaies opératoires par excès de sécurité avant la suture de la peau.

Les résultats ont été chaque fois désastreux chez les malades âgés ou affaiblis et, dans la moitié des cas, chez les malades jeunes et vigoureux. Il était nécessaire de désunir vers le dix-douzième jour à la suite de la formation d'un amas de sérosités important.

Cette sérosité, souvent xanthochromique, presque hémorragique, s'est montrée aseptique à la culture, mais la déhiscence cutanée nécessaire à son évacuation reste souvent béante assez longtemps et permet l'infection secondaire des décollements sous-jacents qui eux aussi semblent avoir perdu toute tendance à l'accolement.

Cette suppuration souvent assez longue devient interminable lorsqu'il existe des crins ou des fils non résorbables profonds : un de nos hernieux a suppuré pendant cinq mois et a éliminé successivement tous les crins qui avaient été placés sur son orifice herniaire. Il avait commencé par une simple collection séreuse aseptique qui avait été ouverte au stylet. En somme, il ne faut pas considérer cet incident comme réduit à la constitution d'un épanchement séreux banal, mais comme une diminution importante de la vitalité des tissus sulfamidés entraînant un retard dans l'accolement des divers plans et un risque important de suppuration lorsque l'épanchement a été ou s'est ouvert à l'extérieur.

Nous avons donc été amené à les ponctionner à la manière des abcès froids pour éviter leur ouverture à l'extérieur et leur infection secondaire. Il suffit, en général, d'évacuer la sérosité à 3 ou 4 reprises pour assécher le décollement.

Bien entendu, la meilleure prophylaxie est de ne pas utiliser à tort et à travers la sulfamidothérapie locale, de limiter les cas à ceux relativement rares où le tissu cellulaire sous-cutané a été certainement contaminé. Dans ces cas, il est utile de joindre au poudrage modéré un petit drainage filiforme qu'on laisse quarante-huit heures.

Ce drainage évite les épanchements séreux en permettant probablement aux sulfamides d'être évacués à l'extérieur assez rapidement et de raccourcir ainsi la durée du contact de la poudre avec le tissu cellulaire sous-cutané.

Au niveau des plaies la résorption du 1162 F est assez lente et ne peut être comparée à la rapidité de celle des séreuses et même à un degré moindre des tissus sous-muqueux. Il pourrait être intéressant dans l'avenir d'utiliser de préférence au 1162 F des poudres de dérivés plus faciles à éliminer par l'organisme comme les composés thiazolés.

Plaies des doigts. — C'est à ce niveau que les plaies sont les plus fréquentes et c'est là également que les productions cornées, les troubles vaso-moteurs, les troubles acro-trophiques rendent le plus facilement les plaies atones. C'est à ce niveau que les méfaits de la sulfamidothérapie locale sont les plus incontestables.

Nous avons le souvenir d'une jeune ouvrière qui avait eu, au cours de son travail, une petite amputation pulpaire de l'index gauche avec intégrité du squelette dans une machine à couper les biscottes.

Cette blessée, âgée de 18 ans, mal réglée, acrocyanique était, par ailleurs, en bonne santé.

Sa petite plaie, à peine de la moitié de la surface d'une pièce de 10 sous, a été poudrée aux sulfamides. Après quelques pansements, est apparue une croûte d'aspect solide, mais sous laquelle s'accumulait une grosse goutte de sérosité rousse aseptique. La croûte enlevée la plaie avait excellent aspect : le fond rouge vif était entouré d'un épiderme surélevé, mais ni ce dernier, ni le conjonctif n'avait de tendance à la cicatrisation ou au bourgeonnement.

Dans notre ignorance de la nocivité des sulfamides locaux à cette époque nous avons continué les applications de poudre et la plaie est restée stationnaire plusieurs mois, entraînant un arrêt de travail prolongé chez cette ouvrière, qui aurait dû guérir en quinze jours avec un autre traitement.

Tout en admettant parfaitement la sulfamidothérapie locale des plaies laissées ouvertes comme un excellent moyen d'éviter les complications inflammatoires pouvant survenir, nous pensons que ces applications ne doivent pas être renouvelées plus de deux à trois fois sans compromettre la cicatrisation ultérieure.

Dès que la plaie sera belle, parfois dès le 2e pansement, on utilisera soit des pommades, soit des antiseptiques inoffensifs comme le dakin, l'éther, le mercurochrome suivant le tempérament et les habitudes de chacun.

Dans les plaies infectées telles que l'impétigo, par exemple, nous avons remarqué par contre que les tissus supportaient mieux les sulfamides locaux.

Si l'on a à traiter une plaie devenue atone par excès de sulfamides la seule thérapeutique est, d'une part, l'abandon total et définitif du médicament et, d'autre part, la cautérisation des tissus vacuolisés et inertes au thermo ou aux caustiques : nitrate d'argent, acide trichloracétique, chlore de zinc ou encore coups de bistouri tangentiels.

Traitement des brûlures par les sulfamides. — Ce traitement actuellement à l'ordre du jour a été utilisé à plusieurs reprises depuis 1940 à la clinique chez des grands brûlés. Nos conclusions sont un peu différentes de l'enthousiasme de Ciando[1] qui vient de publier un intéressant travail sur cette question venue à l'esprit de bien des chirurgiens. Nos conclusions se rapprocheraient plutôt du doux septicisme de Rudler qui, en substance, distingue 2 types de brûlures : les superficielles que tout guéri, les profondes où tout échoue.

Les sulfamides réussissent parfaitement dans les brûlures superficielles, c'est-à-dire celles où les formations épidermiques et intra-dermiques sont intactes et où il n'y a pas de tissu de granulation.

Les sulfamides permettent la conservation des couches basales de l'épiderme en empêchant l'infection et peut-être aussi en accélérant la kératinisation des couches superficielles de la peau, mais guère mieux que le mercurochrome, le tanin ou la simple exposition à l'air. Dans ces cas tout réussi.

Il n'en est pas de même dans les parties où l'épiderme a disparu complètement, qui doivent être considérées comme une plaie ordinaire et être traitées comme telles.

Les parties bourgeonnantes de ces brûlures profondes ne bénéficient pas longtemps des sulfamides en application locale. A la longue ceux-ci nous ont paru nettement nocifs localement. Autant ils sont utiles comme agent désinfectant, autant, lorsque la plaie est propre et d'une aseptie suffisante, leur usage est contre-indiqué comme agent cicatrisant. Les pansements au dakin ou au sérum physiologique sont bien préférables en accélérant la réparation que les sulfamides freinent avec évidence.

Comme sur les plaies ordinaires les sulfamides aident à la constitution de croûtes importantes d'aspect rupioïde sous lesquelles s'accumulent une sérosité rousse caractéristique, et la plaie perd toute tendance à l'épidermisation.

Conclusion. — Le fait que nous nous soyons étendu dans cette note sur les accidents de la sulfamidothérapie locale ne doit pas faire croire à une méfiance de notre part pour cette médication merveilleuse à tant de points de vue.

C'est peut-être en raison même des résultats étonnants qu'elle donne que pour notre part nous en avons exagéré l'usage dans les débuts.

Or, l'expérience montre qu'il peut en résulter des inconvénients désagréables sinon sérieux. Ce sont ces inconvénients locaux, rarement signalés, qu'il faut connaître pour pouvoir les éviter.

Il ne faut utiliser la sulfamidothérapie locale qu'avec modération et seulement lorsque l'infection en pose l'indication précise.

La poudre de sulfamide n'est pas un agent cicatrisant, mais un poison cellulaire et caryocinétique qui, au contraire, gêne la cicatrisation au lieu de la favoriser. Il agit exactement comme un antiseptique particulièrement actif à la fois sur les tissus et sur les microbes pyogènes.

1. Marcel Fèvre, Ciando et Henriot : Traitement local des brûlures par les sulfamides en poudre et le sérum physiologique. Académie de Chirurgie, séance du 24 Mars 1943.

LA CAVERNE TUBERCULEUSE
AU COURS DE
LA SECONDE ENFANCE

Par **André RAUCH**
(Briançon)

Les formes cavitaires de la tuberculose pulmonaire au cours de la seconde enfance[1], c'est-à-dire nettement avant la puberté, sont encore méconnues d'un grand nombre d'auteurs. La théorie de von Behring pour qui la tuberculose est pulmonaire chez le nourrisson, pulmonaire chez l'adulte, mais ganglionnaire chez l'enfant, reste encore vivante dans de nombreux esprits, malgré les travaux de Ranke, Armand Delille, Lévesque, Dufourt et de bien d'autres.

Certaines circonstances (mode de contage, terrain) peuvent raccourcir le cycle habituel de l'évolution tuberculeuse (Dufourt) et expliquent cette anomalie apparente. La tuberculose peut évoluer jusqu'au stade tertiaire bien avant la puberté et il est logique d'en rencontrer chez l'enfant l'épisode habituel : la caverne.

La caverne est relativement fréquente. Nous l'avons trouvée chez plus de 10 pour 100 des enfants envoyés au sanatorium des Neiges. Elle peut survenir à tous les stades de l'infection tuberculeuse. Pendant la période primaire elle résulte de la fonte du chancre d'inoculation. Elle est une découverte radiologique et ne s'accompagne au début d'aucun signe local ou général. Le liquide gastrique fourmille de bacilles de Koch.

Au cours de la période secondaire, la caverne est l'épisode terminal de la bronchopneumonie caséeuse, de la pneumonie caséeuse et de la miliaire dense. Nous ne mentionnons ces formes que pour mémoire.

Dans la période tertiaire la caverne résulte soit de la fonte de l'infiltrat précoce des auteurs allemands et c'est la « caverne précoce », soit du processus ulcéreux habituel de la phtisie commune. La caverne tertiaire est celle que nous avons le plus souvent rencontrée.

Le siège de la caverne chez l'enfant est habituellement la base pour la caverne primaire, la région sous-claviculaire pour la caverne précoce, l'extrême sommet ou une zone périscissurale dans la phtisie commune.

Pourquoi la tuberculose infantile évolue-t-elle vers l'excavation alors qu'il est généralement admis qu'elle guérit plus ou moins spontanément sans phénomènes ulcéreux ?

En réalité, le chancre d'inoculation guérit généralement : survienne une nouvelle et importante contamination, il s'abcèdera.

De même les cavernes tertiaires peuvent se voir chez l'enfant lorsque l'évolution habituelle de la tuberculose a été précipitée, que la maladie a brûlé les étapes, que le stade secondaire a été raccourci ou supprimé. Cette évolution particulière est sous la dépendance d'une contamination grave à l'origine et surtout de surinfections massives et répétées. La notion de terrain, si obscure soit-elle, doit également intervenir, en dehors même de l'allergie.

Le diagnostic est généralement une trouvaille radiologique. La cavité apicale donne des signes d'auscultation, mais les autres sont muets. Le diagnostic radiologique ou clinique doit être confirmé par la bacilloscopie. Le tubage gastrique est indispensable et doit être pratiqué systématiquement suivant la technique d'Armand-Delille. Cette confirmation est nécessaire, car assez fréquentes sont les fausses images cavitaires rencontrées au cours de syndromes tuberculeux ou non, en particulier les bronchectasies (Dufourt).

Le traitement local de la caverne tuberculeuse de l'enfant se résume en un mot : collapsothérapie. Le pneumothorax réussit toujours dans la caverne primaire. Il y est total d'emblée et rapidement efficace pour peu qu'il intervienne avant la dissémination broncho-pneumonique de voisinage. Nous ne parlerons pas du traitement des cavernes secondaires, épisodes terminaux généralement au-dessus de toute thérapeutique.

La caverne tertiaire réclame, comme chez l'adulte, le pneumothorax complété au besoin par une pleurolyse ou remplacé par un extra-pleural chirurgical. Cette dernière intervention peut être pratiquée dès l'âge de 7 ans.

Le pronostic lésionnel n'est pas si fâcheux qu'on aurait pu le craindre. La tuberculose cavitaire de l'enfant laissée à elle-même guérit rarement, le collapsus précoce et de bon aloi transforme complètement l'avenir. Un collapsus parfait, qu'il soit médical ou chirurgical, unilatéral ou bilatéral, donne plus de 80 pour 100 de guérisons. Le pourcentage descend à 30 si le collapsus est anatomiquement imparfait et à moins de 10 s'il est impossible.

En réalité, le pronostic éloigné n'est pas aussi beau que ne le feraient espérer ces résultats magnifiques. Le pneumothorax donne un succès local, un bon résultat lésionnel. Il facilite la guérison de la maladie tuberculeuse par suppression d'un foyer dangereux, mais il ne suffit pas à lui seul. La tuberculose cavitaire, en rapport avec une contamination massive, est une tuberculose grave.

Chez l'enfant la tuberculose est encore une infection générale. Le pronostic éloigné dépendra donc non seulement du résultat local obtenu, mais aussi du potentiel évolutif et des tendances expansives de la maladie.

La collapsothérapie pour donner tous ses effets doit être mise en œuvre précocement, mais elle n'est que le complément indispensable du traitement de base : la cure de repos intégral en climat favorable, cure qui ne peut être suivie par l'enfant que loin d'une famille inquiète et indulgente, en sanatorium.

La possibilité relativement fréquente d'ulcération au cours de la tuberculose infantile, ulcération exigeant une sanction thérapeutique immédiate, montre la nécessité d'une surveillance radiologique fréquente impossible en dehors du sanatorium ou du préventorium. Dans ce dernier établissement la surveillance radiologique par un phtisiologue averti est indispensable. Il est souhaitable de diriger directement sur le sanatorium tout jeune tuberculeux chez lequel on craindra la massivité et la répétition du contage primitif, ou chez lequel la maladie semblera brûler les étapes.

L'enfant cavitaire est contagieux au même titre que l'adulte : les mêmes mesures prophylactiques seront prises à son encontre.

1. Une étude détaillée paraîtra dans la thèse de notre collaborateur, M. Mertens, chez *Vitte*, à Lyon.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

LA SILICOSE

DONNÉES RÉCENTES SUR SA PATHOGÉNIE ET SES RAPPORTS AVEC LA PROFESSION

La silicose fait actuellement l'objet de nombreuses études. Son dépistage est plus précoce depuis l'extension des examens systématiques aux travailleurs exposés aux poussières de toute nature. Mais, malgré l'abondance des documents recueillis, l'accord n'est pas fait sur les conditions qui président à son apparition, sur l'incapacité fonctionnelle qu'elle entraîne, enfin et surtout sur ses relations avec la tuberculose pulmonaire.

Reprenant ce sujet dans son ensemble, Torsten Bruce vient d'étudier avec précision le mode évolutif et la répercussion sur l'incapacité de travail de cette affection dans les industries suédoises. Il a appliqué chez ses malades les méthodes d'investigation les plus modernes, ce qui l'a amené à tirer quelques déductions sur la physiopathologie de la silicose.

L'étude clinique de Bruce a porté sur 2.631 cas répartis entre différentes industries : celle de la porcelaine, de l'industrie sidérurgique, des mines de quartz et de fer.

Selon cet auteur, les conditions d'apparition sont dominées par la présence dans les poussières inhalées de quartz de silice dont la taille est égale ou inférieure à 5 μ. Ces particules sont d'autant plus nocives qu'elles sont plus pures. En effet, leur mélange avec des poussières de charbon, de chaux, de fer, ont une action freinatrice sur l'évolution de la silicose. Des expérimentations sur l'animal l'ont prouvé et certaines constatations cliniques en font foi. Quant à l'aluminium, il serait dépourvu de toute nocivité, et Denny, Robson Irwin rapportent leur expérimentation sur le cobaye et le lapin qui semblent prémunis contre la silicose par l'inhalation antérieure de poussière d'aluminium. L'un de nous a montré il y a quelque temps, dans ce journal, la complexité de ce problème particulier. Mais il demeure que les silicoses les plus rapidement évolutives sont celles à l'origine desquelles on retrouve l'inhalation de particules de silice pure ou presque et dont la taille est inférieure à 5 μ.

L'étude anatomique des lésions retrouve les données classiques. Macroscopiquement, on constate l'existence de nodules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, gris noir et très compacts. L'ensemble du parenchyme pulmonaire présente selon les cas un aspect rétracté ou emphysémateux. Mais on ne trouve pas de perte de substance dans les silicoses pures. Les cavités sont toujours le fait de la tuberculose associée.

Microscopiquement, on peut suivre la marche des lésions. Les poussières atteignant les alvéoles (seules celles inférieures à 5 μ peuvent y accéder) sont englobées par les phagocytes, puis ceux-ci passent dans les lymphatiques qu'ils envahissent. La réaction lymphatique est donc la première en date. Bientôt des fibroblastes apparaissent et peu à peu les éléments cellulaires cèdent le pas au tissu conjonctif. Celui-ci en proliférant s'organise en nodules avec stries collagènes concentriques. C'est là, classiquement, l'élément fondamental de la silicose. Secondairement, ces nodules créent une stase lymphatique. Celle-ci entraîne un arrêt de l'élimination des poussières d'où formation d'autres nodules qui envahissent le tissu pulmonaire. Des alvéoles sont ainsi collabées. D'autres subissent une dilatation emphysémateuse de compensation. Plus tard, les vaisseaux, les bronches même sont comprimés par le même processus.

Mais doit-on voir dans le nodule une formation vraiment spécifique de la silicose ? Nicaud ne le pense pas. Il a montré que ces formations nodulaires sont souvent observées sans qu'on puisse retrouver aucune étiologie silicotique et que la tuberculose, dans son mode évolutif lent, aboutit à des formations histologiques identiques à celles des silicoses. Cependant il faut reconnaître la fréquence et la netteté de ces nodules dans les atteintes silicotiques pures.

De toute façon, les signes radiologiques et l'évolution confèrent à cette affection un caractère spécial et en permettent le diagnostic.

Car, il faut bien le reconnaître, la clinique ne met en évidence qu'un minimum de symptômes. Torsten Bruce insiste sur le nombre de cas de silicoses déjà avancées qu'un examen radiologique systématique a pu seul découvrir.

Un signe est à retenir : l'essoufflement, qui persistera avec des accalmies et des paroxysmes durant toute l'évolution. La toux est très variable. L'expectoration, muqueuse, banale, se rencontre dans la moitié des cas des formes graves. L'exploration clinique du thorax ne révèle guère qu'une diminution de la mobilité thoracique. L'auscultation ne fournit aucune précision. Seul l'examen radiologique permet précocement le dépistage des lésions. Il sert d'ailleurs de test de classification.

Depuis les travaux de Summons en 1907, nombre d'auteurs se sont efforcés de codifier radiologiquement les lésions. Staub, Detiker, distinguaient 4 stades, Jarvis 6, Pancoast et Pendergrass 12. Les travaux du Congrès de Johannesbourg en 1930 aboutirent à une classification en 3 stades.

Dans le stade I, il y a essaimage de taches de la grosseur d'une tête d'épingle dans les deux champs pulmonaires.

Le stade II fournit une image micro-nodulaire avec des opacifications symétriques, plus étendues, ne respectant souvent que les sommets.

Peu à peu ces images vont converger et aboutir au stade III, pseudo-tumoral. La confluence des ombres crée des images de condensation bien limitées, parfois étirées en pointes à leurs extrémités. Dans certains cas, les plages denses ont un aspect floconneux, à contours imprécis, comparables à ceux des tuberculoses lobaires exsudatives. Ces aspects ont trait aux silicoses pures, car, quand la tuberculose vient compliquer le processus, très souvent des cavernes apparaissent.

Cette classification, qui a servi de base aux recherches de Torsten Bruce, ne doit pas faire oublier la continuité d'évolution de l'affection qui rend bien délicat de dire, sur le seul aspect radiologique, s'il s'agit d'un stade II ou III. Aussi, Reichmann pense-t-il qu'il serait préférable de n'envisager que 2 stades : silicose au début, silicose en pleine évolution. Le siège de ces lésions est assez fixe. L'ensemble des observations de Torsten Bruce montre qu'elles atteignent surtout la région sous-claviculaire et la partie moyenne de l'hémithorax. Selon la tendance évolutive, des zones de rétractions ou des lésions emphysémateuses, des déformations hilaires, enfin des complications, le pneumothorax surtout, modifieront l'aspect radiologique.

Le cliché de profil, comme l'a bien montré Jösson en 1935, est indispensable car les lésions principales sont en règle, situées quelques centimètres en arrière des hiles.

La profession exercée et le mode d'exposition aux poussières modifient l'aspect radiologique à telle enseigne que pour Torsten Bruce cet aspect serait presque spécifique du mode de travail effectué par l'ouvrier. Les taches sont en effet d'opacité peu marquée et de forme irrégulière chez les ouvriers de la porcelaine, les fondeurs. Elles sont au contraire très opaques et strictement limitées chez les ouvriers du grès, de la terre réfractaire, des mines de fer.

Les aspects rappelant la fibrose avec longues stries se voient avec prédilection chez les ouvriers de la porcelaine, elles manquent pratiquement chez les mineurs de fer, ou de quartz, sont d'intensité moyenne chez les ouvriers de la terre réfractaire.

Chez les fondeurs, les maçons de four, les lésions les plus nettes se localisent dans la région sous-claviculaire. Chez les mineurs, elles sont diffuses.

A ces atteintes pulmonaires il faut ajouter les lésions bronchiques, qui dépendent du siège du foyer principal de condensation. C'est ce foyer qui agit comme centre de rétraction. Lorsqu'il siège dans la région hilaire les bronches les plus atteintes, comme l'a révélé la bronchoscopie et la bronchographie, sont les bronches ventrales, attirées en avant et en haut, parfois coudées sur elles-mêmes. Les constatations de Torsten Bruce semblent montrer qu'à droite c'est le territoire de la bronche épartérielle, à gauche celui de la bronche hypartérielle qui est le plus touché.

En dehors des zones de condensation, les bronches ne sont pas modifiées ; les substances de contraste s'arrêtent nettement à la limite des foyers.

L'atteinte pleurale et le pneumothorax sont des accidents fréquents. Même bilatéral, le pneumothorax peut ne présenter qu'un minimum de signes. De nombreuses observations de l'auteur, ainsi que celles, antérieures, de Brulé, Hillemand et Gilbrin en font foi. C'est toujours un épisode aggravant dans l'histoire d'une silicose, et il apparaît le plus souvent dans les silicoses nettement évolutives. Si la régression spontanée s'observe, la persistance de l'épanchement gazeux peut atteindre plusieurs mois.

Telles sont les données, classiques pour la plupart, que décèlent les examens physiques habituels.

Les autres appareils sont peu touchés. On insiste classiquement sur l'augmentation de volume du cœur, et surtout sur celle du ventricule droit. Les autopsies qu'a fait Torsten Bruce n'ont pas confirmé ce fait, sauf dans les cas où existait une cardiopathie antérieure. L'électrocardiogramme est le plus souvent normal ou révèle parfois une déviation de l'arc électrique à droite.

Restait à objectiver de façon précise le seul signe fonctionnel retrouvé avec constance : la dyspnée. Torsten Bruce l'a fait grâce à des mesures spirométriques. 197 sujets ont été examinés : 48 au stade I, 65 au stade II, 84 au stade III. Les résultats sont les suivants. La ventilation-minute n'est pas modifiée dans la silicose. La capacité totale est abaissée de 500 cm^3 au stade III. La capacité vitale est nettement diminuée par suite de l'abaissement de l'air complémentaire, l'air de réserve ne subissant aucune variation. Le type évolutif influence fortement ces résultats. Dans les formes à marche rapide, l'air résiduel est augmenté, la capacité totale abaissée. Dans les formes lentes l'air résiduel est inchangé, la capacité totale abaissée.

Pour déterminer dans quelle mesure ces troubles retentissent sur l'aptitude au travail, Torsten Bruce a pratiqué des épreuves d'effort, sous forme de marche sur un plan incliné à une vitesse donnée. Dans les cas de silicose I, seuls les efforts pénibles sont mal supportés. Dans les cas de silicose II, la gêne commence à se faire sentir pour les efforts moyens. Dans les cas de silicose III, tout effort s'accompagne d'une insuffisance respiratoire plus ou moins notable.

Ceci vaut pour des silicoses pures et pour un âge déterminé. Le métier intervient aussi. Les silicoses graves s'installent avec le plus de rapidité chez les mineurs de quartz qui présentent des formes au stade III avant quinze ans de travail. Les ouvriers des terres réfractaires, les mineurs de fer ne sont atteints en moyenne qu'après quinze à vingt ans de travail, ceux de la porcelaine et de la fonte après vingt-cinq ans seulement.

L'insuffisance respiratoire reste donc la manifestation majeure de la silicose. Les causes en sont la diminution de la capacité totale et l'augmentation de l'air résiduel. Anatomiquement, cet état s'explique par la tendance à la rétraction du centre silicotique et la dilatation des parties du poumon restantes. L'emphysème est encore accru par la sténose bronchique et les efforts que l'organisme fait pour la vaincre.

Ainsi, la ventilation est rendue plus difficile, l'effort inspiratoire est prolongé ; et par suite de la perte de la rétractibilité du tissu pulmonaire, l'expiration est aussi plus pénible. Cette force de rétraction du poumon est, d'après Neergnard, partiellement fonction de l'élasticité pulmonaire, mais dépend surtout de la tension superficielle existant entre épithélium et air alvéolaires. A surfaces égales, cette tension dépend du rayon de l'alvéole ; plus il est petit et plus grande elle est. Or, l'augmentation du rayon de courbure de l'alvéole est une des caractéristiques de l'emphysème et explique ainsi, avec les coudures et les sténoses bronchiques, les difficultés de la ventilation.

Il est pourtant des différences entre l'emphysème banal et celui de la silicose.

Dans l'emphysème banal on note la disparition de l'air de réserve et une immobilité thoracique. Celle-ci est un peu diminuée seulement et l'air de réserve est peu modifié dans la silicose. L'explication qu'on en peut donner est la suivante : chez le sujet normal, la cage thoracique exerce une traction continue sur le poumon mais cette force est compensée par l'élasticité pulmonaire. Quand cette élasticité est perdue, les poumons subissent directement l'action de la cage thoracique et doivent ainsi augmenter leur expansion pour rétablir l'équilibre, d'où l'explication de l'augmentation de l'air résiduel et la diminution de l'air complémentaire.

L'emphysème de la silicose est limité par la force qu'exercent les foyers de rétraction ; ceux-ci agissent donc à la fois comme cause et comme obstacle dans le développement de cet emphysème.

Pour discuter les causes physiologiques de cette insuffisance respiratoire, on doit se rappeler que la respiration est réglée par la composition chimique du sang et que la ventilation pulmonaire s'élève par suite d'une accumulation de CO^2 ou d'une diminution de O^2, cette régulation chimique influençant le centre respiratoire directement ou par l'intermédiaire du sinus carotidien.

Torsten Bruce étudiant le sang artériel de 41 sujets atteints de silicose trouve une diminution de la saturation d'oxygène, mais beaucoup plus légère que celle relevée par nombre d'auteurs dans l'emphysème commun. Pour Hurtado, Kaltreiden, l'insuffisance de la ventilation alvéolaire est à l'origine de ce déficit oxygéné. Après effort, on constate une chute de l'oxygène assez nette dans le sang artériel. Par contre il n'y a pas de modification de l'acide carbonique.

La régulation nerveuse de la respiration est également troublée dans la silicose. La profondeur de la respiration est réglée par le degré d'expansion du poumon. Au cours de l'inspiration se déclenchent des impulsions qui s'opposent à une très forte dilatation du parenchyme. Ce réflexe se produit très vite dans un poumon silicotique où l'expansion pulmonaire doit surmonter la résistance que lui opposent les foyers de rétraction.

Toutes ces notions ne valent que pour des cas de silicose pure. Les silicoses associées, en particulier les silicoses tuberculeuses, sont en marge de ce cadre.

La fréquence de ces dernières est encore discutée. Classiquement elles sont très communes. L'enquête de Lohmeyer dans les mines de la Ruhr a révélé chez les silicotiques III, 65 pour 100 de lésions tuberculeuses avérées. Expérimentalement Jötten et Pottinga ont vu la tuberculose progresser beaucoup plus vite chez les cobayes silicotiques que chez les animaux témoins.

Pourtant, l'auteur n'a pas retrouvé une telle fréquence chez les travailleurs suédois. Il a même observé des cas de tuberculoses non évolutives ou même ayant tendance à la régression chez des silicotiques.

Ces conclusions ne s'accordent pas avec celles de la majorité des auteurs et nombre d'observations ont révélé l'association fréquente de la tuberculose dans la maladie des poussières.

Les causes mêmes de cette fréquence restent encore mystérieuses. Les explications de Cummins pour qui l'oblitération des lymphatiques empêcherait l'élimination mécanique des bacilles de Koch, ne sont pas valables. Il paraît en être de même des suppositions de Di Biasi ou de Gardner sur le rôle anti-immunisant des foyers de silicose. Il est regrettable qu'il en soit ainsi, car la connaissance de ces causes permettrait peut-être de les éviter, partant d'améliorer considérablement le pronostic d'une affection dont la gravité tient, pour une grande part, à la menace constante de la tuberculose.

A. Ravina et M. Pestel.

BIBLIOGRAPHIE

Torsten Bruce : Die silikose als Berufskrankheit in Schweden. *Act. Med. Scand.*, Stockholm, 1942, suppl. **129**. — A. Ravina et A. Paraf : Existe-t-il des pneumoconioses par poussières d'aluminium ? *La Presse Médicale*, 21 Août 1943. — A. Feil : L'émeulage des métaux et le risque de la silicose. La déclaration des pneumoconioses. *La Presse Médicale*, 4 Septembre 1943. — P. Nicaud : Silicose et pneumoconioses. *Semaine des hôpitaux de Paris*, Décembre 1942.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

1er Février 1944.

Etat actuel de l'approvisionnement en lait de la capitale. — Exposé présenté par MM. Le Noir, Leroy et Reverdy.

Vitamine B1 et eau sulfatée calcique (Vittel). — MM. Chiray, Justin-Besançon et Dubost avaient déjà montré que l'action anagocytique d'une eau sulfureuse (Challes) peut être supprimée par la vitamine B_1 ; ils signalent les effets opposés d'une eau sulfatée calcique (Vittel) qui exalte l'action du facteur de croissance qu'est la vitamine B_1, sans pouvoir toutefois la remplacer entièrement.

Influence sur la digestion de la surcharge cellulosique apportée par le pain bluté à 98 pour 100. — MM. J. Trémolières et Erfmann montrent que l'administration d'amylase corrige l'augmentation de l'excrétion azotée fécale due au pain bluté à 98 pour 100 comme le défaut d'hyperglycémie provoqué par ce pain ; ils ont constaté que le son avait, *in vitro*, une action inhibitrice sur la digestion des glucides par l'amylase. Les troubles provoqués par le pain bluté à 98 pour 100 pourraient s'expliquer comme suit : le son adsorberait les diastases digestives ; le chyme arriverait donc dans les parties septiques de l'intestin, encore riche en glucides et peut-être en protides ; la flore bactérienne se développerait sur ce milieu de culture, d'où l'augmentation de l'excrétion azotée fécale et la fréquence des dyspepsies de fermentation et des amaigrissements. La thérapeutique logique de ces troubles serait l'administration d'amylodiastase et de pancréatine.

8 Février.

La sérothérapie de la diphtérie compte un demi-siècle d'application. — M. G. Ramon rappelle que c'est le 1er Février 1894 que le sérum antidiphtérique fut appliqué au traitement de la diphtérie pour la première fois en France par E. Roux, L. Martin et A. Chaillou ; les résultats rapportés en Septembre

1891 au Congrès de Budapest entraînèrent rapidement la conviction et l'usage du sérum entra vite dans la pratique. Des progrès ont été réalisés, surtout au cours des 20 dernières années, dans la production chez le cheval par l'emploi de l'anatoxine additionnée de substances stimulantes d'un sérum ayant une activité antitoxique élevée et dans l'appréciation précise de cette activité par la méthode de floculation. D'autres progrès ont été réalisés en clinique par la mise au point de la technique de l'injection précoce, unique et relativement massive de sérum, à laquelle peut être associée l'anatoxithérapie. La mortalité durant ces 15 dernières années a oscillé entre 15 et 5 pour 100, alors qu'elle avait été de 25 pour 100 chez les premiers malades traités; la sérothérapie a des limites d'efficacité; elle est heureusement suppléée par la vaccination par l'anatoxine.

Mortalité générale comparée des enfants vaccinés ou non vaccinés au BCG relevant de la Société de secours mutuels de la concession de Liévin de 1932 à 1942. — M. Guérin présente une note de M. Lecoutre portant sur 6.289 enfants nés et élevés dans la concession de Liévin et dont aucun n'a été perdu de vue au cours de 11 années consécutives ; 2.794 d'entre eux ont été vaccinés au BCG à la naissance; 254 vaccinés et 496 non-vaccinés sont morts, soit 91 décès pour 1.000 chez les vaccinés et 141 pour 1.000 chez les non-vaccinés. Ces faits démontrent une fois de plus l'innocuité et l'efficacité de la vaccination par le BCG.

Nouvelle méthode d'évaluation clinico-anthropométrique des grands segments biotypologiques du corps humain. — M. Verdun par une série de mensurations dans les 3 dimensions longitudinales, transversales et sagittales portant sur chacun des grands segments biotypologiques de Sigaud et Mac Auliffe, du tronc, de la tête et des membres, évalue leur développement relatif par rapport au volume total du corps humain obtenu par division du poids par la densité. Par une triple série de notations chiffrées, linéaires et volumétriques : valeurs absolues, valeurs proportionnelles et rapports linéo- et valori-segmentaires, cette méthode permet de contrôler les notations descriptives employées jusqu'ici par la plupart des morphologistes.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

26 Janvier 1944.

Allocutions de MM. Roux-Berger, président sortant, et Bréchot, président annuel.

Guérison d'un ostéosarcome par traitement conservateur. — M. Baillat. M. Huet, rapporteur. L'auteur a suivi 10 ans une malade chez laquelle il avait évidé un ostéosarcome fusocellulaire et placé, en son intérieur, des aiguilles de radium.

Ulcère perforé du diverticule de Meckel. — M. Daniel Benoist. M. Patel, rapporteur. Chez un homme de 24 ans atteint d'un syndrome péritonéal, l'auteur découvrit cette rarissime perforation d'un ulcère peptique meckelien.

Staphylococcies malignes de la face. — MM. Terracol et Fabre. M. Truffert fait un rapport sur ces 2 observations de staphylococcies faciales, guéries l'une par le dagénan, l'autre par l'association iodo-sulfamidée. Il rappelle l'inconvénient de toute manœuvre locale dans ces cas et n'use que de pulvérisations alcoolisées ou d'eau d'Alibour. Sa statistique personnelle est en faveur de l'emploi systématique des sulfamides dans ce genre d'affection.

— M. Mialaret cite un échec de la sulfamidothérapie iodée dans une observation identique.

75 perforations d'ulcères gastriques et duodénaux traitées par la gastrectomie immédiate. — Dans une communication fouillée et intéressante, M. Mialaret, apporte une statistique personnelle de 19 gastrectomies d'urgence, avec une seule mort (gastrectomie de nécessité chez un alcoolique obèse). Il ajoute à ces résultats ceux de 23 chirurgiens de garde et arrive au chiffre de 75 cas avec 9,3 pour 100 de mortalité. Cet ensemble lui permet de préciser les modalités et les indications de la gastrectomie pour ulcère perforé : sujet jeune, mais surtout sain, résistant; perforation récente ; long passé gastrique faisant prévoir l'ulcère ancien, invétéré, calleux pour lequel la suture ne donne pas de bons résultats. Les conditions de la chirurgie d'urgence permettent cette intervention à condition de savoir préparer le malade (repos d'une demi-heure, anesthésique de base). Lots de l'intervention l'œdème des mésos facilite le décollement duodéno-pancréatique, et, s'il s'agit surtout d'un ulcère calleux de la petite courbure, la gastrectomie est indiquée. L'auteur demande qu'on considère de plus près les échecs fréquents des sutures simples et la gravité non négligeable des gastrectomies secondaires après suture.

Il conclut qu'il ne faut être systématique ni dans la suture, ni dans la gastrectomie, mais aussi ne pas reprocher à cette dernière une gravité que ses résultats montrent injustifiée.

— Une discussion s'ensuit dans laquelle nombre d'orateurs, MM. Ameline, Sicard, Brocq, appuient les conclusions de l'auteur. Ils insistent tous sur le fait que les ulcères suturés donnent rarement de bons résultats, spécialement lorsqu'il s'agit d'ulcères gastriques et calleux.

— MM. Gueullette et R. Bernard craignent cependant pour la résection gastrique des sutures faites en milieu septique et préfèrent, sauf pour les ulcères tumoraux de la petite courbure, une suture toujours réalisable.

— M. Basset insiste après eux sur les résultats favorables d'un régime suivi par les perforés suturés.

— M. Mialaret se montre éclectique dans ses indications mais tient compte avant tout du passé douloureux du malade et de ses conditions de vie pour choisir souvent la gastrectomie.

Contusion rénale grave avec hématurie en trois temps. — MM. Badelon et Le Bourhis. M. Fey, rapporteur.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Janvier 1944.

Mononucléose infectieuse. Forme prolongée hypersplénomégalique. Manifestations pseudo-rhumatismales. Epilepsie. Action de la sulfamidothérapie. — MM. Jacques Decourt et A. Brault relatent un cas de mononucléose infectieuse dont l'évolution s'est étendue sur plusieurs mois. Cliniquement il n'a été observé ni signes pharyngés, ni adénopathies très notables. Outre la fièvre, les symptômes principaux ont été des douleurs abdominales, une splénomégalie très importante et des manifestations pseudo-rhumatismales. L'apparition intercurrente de 3 crises d'épilepsie semble devoir lui être imputée. La sulfamidothérapie a exercé à deux reprises une action nette sur la courbe sans apporter la guérison définitive. Celle-ci semble avoir été favorisée par l'argent colloïdal en injections intramusculaires.

Aménorrhées pithiatiques curables par la persuasion. — M. Jacques Decourt présente 4 cas d'aménorrhée dont la guérison a été obtenue par simple persuasion, armée ou non. Dans 2 cas l'aménorrhée coexistait avec des troubles hystériques classiques : sommeil, crises convulsives, mutisme, contractures tétaniformes chez une malade; convulsions, puis pseudo-paralysies avec anesthésie et contracture chez une autre. Dans 2 autres cas l'arrêt des règles avait été suivi d'un engraissement important et ne s'accompagnait pas de troubles hystériques; il avait suivi un désordre affectif intime en rapport plus ou moins net avec la sexualité. On peut parler d'aménorrhée pithiatique, au sens étymologique du mot. Le dérèglement psychique semble avoir retentit sur les centres neuro-végétatifs du diencéphale et a peut-être troublé secondairement les sécrétions hormonales elles-mêmes, que ces centres tiennent sous leur dépendance.

Phlébite chirurgicale suivie à distance d'une phlébite médicale, toutes deux enrayées par infiltration du sympathique lombaire. — M. P. Decouflé (Nantes) relate l'observation d'une phlegmatia, à gauche, au décours d'une hystérectomie pour fibrome nécrosé, suivie à 5 mois de distance d'une autre phlegmatia, à droite, d'origine grippale. Des infiltrations répétées du sympathique lombaire à la novocaïne, faites systématiquement du côté correspondant dès l'apparition des phlébites, amenèrent chaque fois et en quelques jours la disparition des œdèmes, de l'impotence et des douleurs ainsi que la *restitutio ad integrum*, avec reprise complète de l'activité, en 8 jours pour la première phlébite, en 11 pour la seconde.

Des espérances aux résultats dans le dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire de réinfection. — M. Roger Even conclut : « Pour deux raisons essentielles : faible rendement et sécurité trompeuse du dépistage systématique étendu à tous et basé sur l'examen radiologique, nous préférons l'éducation systématique des malades et des médecins en faveur du dépistage limité aux suspects et basé sur le triple examen clinique, radiologique et bactériologique. Par suspects il faut entendre les sujets qui ont présenté : une tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire; une hémoptysie; un épisode respiratoire aigu ou traînant ; des troubles fonctionnels ou généraux d'imprégnation; et, enfin, ceux qui sont exposés à une contagion familiale ou professionnelle.

« On méconnaîtra parfois quelques tuberculoses pulmonaires latentes, mais celles-ci sont rares et deviendront exceptionnelles quand on voudra bien fouiller l'interrogatoire au lieu de se précipiter à l'écran. En retour, des examens moins nombreux, plus complets et judicieusement interprétés permettront de découvrir des tuberculoses inapparentes ou impossibles à affirmer par les seuls rayons. Reste que, nous n'avons aucune illusion, la médecine à la chaîne triomphera de la médecine individuelle. »

— M. Rist souligne l'importance de la question du milieu dans ces dépistages. Pratiqués par lui chez les externes des hôpitaux, ils lui ont permis de déceler sur 1.047 externes, lors du premier examen, 9 porteurs de lésions tuberculeuses, dont 3 latentes. Il insiste sur l'intérêt des examens annuels chez les élèves en médecine pour déceler les tuberculoses de réinfection. Mais ces méthodes ne doivent pas être diffusées dans toutes les classes de la population.

— M. Costedoat signale leur intérêt dans l'armée.

Hémorragies méningées récidivantes avec hypoprothrombinémie. — M. A. Rossier relate l'observation d'une fillette qui avait présenté 2 ans avant une hémorragie méningée et qui se plaignait simplement de céphalée intermittente. Aucun signe neurologique ni humoral, à l'exception d'une hypoprothrombinémie (0,16 pour 100) qui s'atténua avec les injections de vitamine K. Ultérieurement, nouvelle hémorragie méningée au cours de laquelle le taux de prothrombine tombe à 5 pour 100 pour remonter avec de nouvelles injections en même temps que les accidents méningés disparaissaient. Malgré de multiples examens, encéphalographie, ventriculographie, etc., la cause et le siège de l'hémorragie ne purent être décelés. Une nouvelle baisse de la prothrombine fut constatée à l'occasion d'une violente épistaxis précédée de céphalée et de troubles visuels.

La constatation à plusieurs reprises de l'hypoprothrombinémie, ses modifications parallèles à l'évolution clinique, l'influence heureuse de la vitamine K doivent faire admettre un rapport entre ce trouble humoral et la production de l'hémorragie. Mais la cause de l'hypoprothrombinémie et celle de la localisation méningée du saignement restent mystérieuses.

Sclérodermie avec cataracte du type parathyroïdien. — M. de Gennes présente une femme chez laquelle sont apparues simultanément en 1930 : 1° une sclérodermie qui atteint actuellement la face et les membres supérieurs et inférieurs, s'accompagnant de troubles trophiques très graves aux pieds; 2° une cataracte de type parathyroïdien bilatérale. La calcémie, normale au début, a fait place à une hypocalcémie. Le même syndrome se retrouve, plus ou moins marqué, chez 10 membres de la famille. L'existence de la cataracte et la présence d'hypocalcémie plaident en faveur de la théorie parathyroïdienne de la sclérodermie. De plus, le traitement parathyroïdien prolongé a permis d'améliorer troubles trophiques et douleurs.

Silicose pulmonaire d'origine longtemps méconnue ; tuberculose terminale. — MM. Rist et Lemoine. Chez une fille de salle d'un hôpital, sujette à des bronchites à répétition, mais gardant un bon état général, une radiographie faite en 1932, à 27 ans, montre les 2 champs pulmonaires parcourus de marbrures avec de fines granulations. Pendant 10 ans cet aspect demeure inchangé et les nombreux examens de crachats pratiqués sont négatifs. En 1942, on commence à trouver quelques bacilles; enfin la mort survient en 1943 par hémoptysie. La silicose bilatérale étendue qui était à l'origine des accidents fut longtemps méconnue et ne fut révélée que par un interrogatoire minutieux : toute jeune, la malade avait travaillé 6 ans dans un atelier de fabrication de fleurs artificielles au milieu d'une atmosphère de kaolin.

— M. Even ne croit pas, à l'inverse de M. Rist, que la silicose soit une tuberculose modifiée par la silice. Que la silicose puisse se compliquer de tuberculose, c'est évident; mais que la silicose soit habituellement nécessaire pour le développement de la tuberculose, cela il ne peut l'admettre.

Constatations faites en 1943 dans une consultation d'enfants. — Mme Roudinesco.

Erratum. — La communication sur la « Fistulisation dans la bronche droite d'une adénopathie trachéo-bronchique caséeuse avec compression bronchique » faite à la séance du 21 Janvier et publiée dans notre dernier numéro a été présentée par MM. André Lemaire, G. Ledoux-Lebard, P. Paley et J. Poulet.

4 Février.

Ictère cirrhogène ou cirrhose de Mossé-Marchand-Mallory. — MM. N. Fiessinger, M. Gaultier et R. Bastin rapportent l'observation, chez une femme de 57 ans, d'un ictère cirrhogène où l'évolution se fit, comme dans les cas classiques de Mossé (1879), Marchand (1895) et Mallory (1911), en deux temps : 1° un ictère qui traduisit une hépatite dégénérative et qui évolua sous la forme d'un ictère bénin prolongé de 3 mois, qui fut opéré et cholécystostomisé par Jean Gosset ; 2° une ascite apparue 3 mois plus tard avec des œdèmes et finalement terminée rapidement par une grande insuffisance hépatique, traduisant l'évolution d'une atrophie rouge avec cirrhose extensive.

Les auteurs rapportent d'autres faits comparables et tirent un enseignement de la comparaison des coupes histologiques, de la biopsie opératoire et celles de la nécropsie à 73 jours de distance. On y voit la part considérable de l'hépatite dégénérative et la nature cicatricielle d'une cirrhose extensive à marche rapide.

Le syndrome anatomo-clinique mérite, d'une part par ses caractères spéciaux pouvant conduire à une intervention chirurgicale dans la première étape et de l'autre par son évolution en deux temps, d'être dégagé des atrophies subaiguës, des cirrhoses aiguës, du syndrome ictéro-ascitique des cirrhoses et de l'ictère grave terminal des cirrhoses.

A propos de l'éventration diaphragmatique. Eventration diaphragmatique avec mésentère commun. Eventrations diaphragmatiques droites. — MM. P. Hillemand, Mathières, P. Boudaghian et Mlle Noufflard rapportent 6 observations d'éventrations diaphragmatiques qui schématisent les divers aspects de l'affection. Les 4 premières concernent des éventrations gauches ; dans 2 d'entre elles, il n'existe qu'une surélévation du diaphragme; dans la troisième, une ébauche de bascule de l'estomac; dans la quatrième, une bascule complète secondaire à une rotation autour d'un axe horizontal amenant la grande courbure sous le diaphragme ; chez ce malade il existait en outre un mésentère commun caractérisé par la persistance d'un mésentère unique pour le côlon, le grêle, le duodénum ; la masse du grêle, l'angle colique droit, le cæcum et l'appendice se trouvaient ainsi intrathoraciques gauches. Les deux dernières observations enfin concernent des éventrations diaphragmatiques droites. L'estomac qui a pivoté autour d'un axe vertical se trouve entre le diaphragme et le foie.

Les auteurs reprennent l'étude de la pathogénie de l'affection qu'ils considèrent comme un syndrome relevant de causes diverses : acquise, dans une de ces observations, secondaire à une intervention pour un kyste du médiastin, congénitale dans une autre, comme semble le prouver l'association avec un mésentère commun.

— M. Julien Marie a vu une aplasie diaphragmatique chez un nourrisson, secondaire à une altération congénitale du nerf phrénique.

Cachexie hypophysaire. — MM. de Gennes, Delarue, Mahoudeau, Robert et Alquier présentent une observation anatomo-clinique très complète de cachexie hypophysaire succédant à un syndrome pseudo-tumoral et ayant fait perdre au malade plus de 30 kg. en 2 ans. Le syndrome clinique et biologique était au grand complet. Le traitement par les extraits antéhypophysaires les plus éprouvés ne donna qu'une amélioration temporaire.

L'autopsie montra une suppression complète de l'hypophyse, remplacée par un amas scléreux, centré par un foyer de nécrose vraisemblablement ischémique. Les électrocardiogrammes avaient montré des images très typiques de myocardie sans altération anatomique du myocarde.

— M. Lhermitte souligne les altérations diffuses de tout le système endocrinien chez ce malade. Dans les cas d'inanition due aux restrictions alimentaires ce système est intact, sauf l'hypophyse qui est atrophiée dans certains cas.

Miliaire silicotique. — MM. P. Ameuille et P.-Y. Paley rapportent, à la suite de l'observation de MM. Rist et Lemoine, un cas de miliaire silicotique, découvert 22 ans après que le malade avait quitté le travail dans une mine de quartz aurifère. Ce malade passait pour tuberculeux, bien qu'il ne crachât pas de bacilles et demandait une pension comme tel.

Ils insistent sur la grande difficulté de diagnostic chez les silicotiques qui ont quitté la mine depuis longtemps ; sur le caractère évolutif de la silicose qui s'aggrave progressivement, longtemps après l'abandon de la mine ; sur la difficulté du diagnostic radiologique de la silicose miliaire; celle-ci échappe très souvent à la radioscopie et ne se montre que sur de très bons clichés.

— M. Bariéty s'élève contre les diagnostics abusifs de tuberculose pulmonaire inscrits sur les billets d'hôpital en l'absence d'un contrôle bactériologique sérieux ; il insiste sur le côté médico-légal du problème de la silicose.

— M. Duvoir fait remarquer qu'en cas d'atmosphère riche en silice, la prédisposition ne joue pas, tous deviennent silicotiques, tandis que si l'atmosphère est relativement pauvre en silice, la silicose se montre, chez ceux qui ont une prédisposition pulmonaire, le plus souvent une tuberculose.

Addendum à la séance du 3 Décembre 1943.

Lésions nucléaires du tronc cérébral dans un cas de paralysie diphtérique avec atteinte multiple des nerfs craniens, consécutive à une rhinite diphtérique méconnue. Le rôle de l'atteinte des noyaux de Goll et de Burdach dans la genèse de l'ataxie des paralysies diphtériques. — MM. A. Lemierre, R. Garcin et I. Bertrand rapportent l'observation d'un malade qui, un mois après le début d'une rhinite diphtérique, constitua un tableau de paralysies multiples dissociées des nerfs craniens (IIIe, Ve et VIe paires du côté droit), en plus de l'atteinte du voile du palais et de troubles de la déglutition et d'une paralysie des deux récurrents. La généralisation aux membres s'accompagna d'une ataxie marquée par des troubles de la sensibilité profonde. A l'autopsie : lésions nucléaires marquées du tronc cérébral maxima au niveau des nerfs bulbaires et s'atténuant vers le haut. En outre, lyse des noyaux de Goll et de Burdach. Pas d'altération pathologique appréciable des groupes cellulaires de la moelle. Les auteurs soulignent l'intérêt de pareilles lésions des noyaux des nerfs craniens, rarement mises en évidence de façon aussi saisissante dans les paralysies diphtériques, et pensent que l'atteinte des noyaux de Goll et de

Burdach — origine du deuxième neurone sensitif pour la sensibilité profonde — joue un rôle important dans la genèse de l'incoordination par troubles de la sensibilité profonde si particulière aux paralysies diphtériques des membres.

Médiastinite syphilitique avec compression de la veine cave supérieure. Pleurésie à bascule. Guérison rapide par le traitement spécifique. — MM. R. Garcin, M. Kipfer, d'Œlsnitz et St. Godlewski présentent une malade chez qui une paralysie récurrentielle droite préluda à l'installation d'un syndrome médiastinal grave, d'évolution aiguë. Un traitement spécifique, malgré l'absence d'autres stigmates de syphilis, institué avant le résultat des réactions sérologiques qui se montrèrent toutes fortement positives, amena une amélioration rapide de la dyspnée, de la cyanose et de l'œdème en pèlerine. Peu de jours après apparut un épanchement pleural droit à formule inflammatoire qui guérit lentement et fut suivi d'une pleurésie gauche de mêmes caractères. Actuellement la guérison clinique est remarquable. Ne persistent que des reliquats de la compression de la veine cave supérieure avec circulation collatérale de type cave-cave et la paralysie récurrentielle. Les auteurs discutent l'étiologie des pleurésies qui ne paraissent pas être de nature tuberculeuse.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

2 Décembre 1943.

Myome intra-abdominal du ligament rond. — MM. H. Mondor, C. Olivier et O. Jurain détaillent une observation.

Infarctus suppurés de la zone sous-séreuse de l'utérus ayant entraîné des perforations. — M. J. Courtois.

Lésions exsudatives à type d'hépatisation rouge dans un poumon de nouveau-né syphilitique. — M. J. Courtois.

Deux cas d'invagination appendiculaire chez l'adulte. — MM. Bergeret, Cotillon et Gouygou.

Divers aspects morphologiques de la réticuline dans des reins de néphrite chronique. — M. Charles Gouygou.

Les vésicules gélatiniformes intra-péritonéales du cul-de-sac de Douglas. — Mlle P. Gauthier-Villars et M. L. Leger.

6 Janvier 1944.

Volumineuse hématocèle utérine à l'intérieur d'un gros noyau fibromateux. — MM. J. Sénèque et M. Roux rapportent l'observation d'une énorme tumeur pseudo-kystique du dôme utérin chez une femme de 58 ans constituée par le remaniement angiomateux d'un fibrome vasculaire ayant abouti à l'élaboration de lacs caverneux.

Morphologie de la réticuline dans des reins de tuberculose rénale. — MM. F. Busser et Ch. Gouygou. Les modalités de la morphologie réticulaire suivent l'évolution et le degré des altérations cellulaires et on peut ainsi schématiser la série observée : hyperplasie d'abord, parallèle à la vascularisation intense, atrophie et disparition totale ensuite, à mesure des altérations de plus en plus poussées.

Les auteurs discutent le problème délicat du devenir de la réticuline pré-existante, et celui de la source de la réticuline néoformée. Ils notent la possibilité d' « états-limites », épithélio-conjonctifs consistant dans la formation de follicules tuberculeux épithélioïdes aux dépens de cellules conjonctives (interstitielles) et de cellules épithéliales (tubes).

Deux cas de tumeur de Brenner. — Mlle P. Gauthier-Villars, M. Debeyre et Mme Mignot-Dupaigne. Chez 2 malades, l'examen microscopique d'ovaires scléro-kystiques a mis en évidence des petites formations faites de boyaux de cellules polyédriques ressemblant à des cellules malpighiennes et situées en plein stroma sarcomatoïde cortical. Fréquemment au milieu des boyaux existe une lumière remplie de liquide hyalin ou de quelques concrétions éosinophiles.

Sur quelques observations d'hétérotopies du type muqueux cervical : les cervico-métrioses. — M. M. Roux.

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

14 Décembre 1943.

A propos de quelques applications de la radiothérapie anti-inflammatoire. — M. Flipo (Maurs), après avoir rappelé que la méthode est en réalité bien plus ancienne qu'on ne le dit en général, montre que si l'accord est à peu près conclu sur l'excellence des résultats obtenus, il est loin d'en être de même au sujet des doses. Personnellement, il les a élevées peu à peu et arrive actuellement à donner d'emblée 100 r au moins chez presque tous les malades, sans aucune réaction, et avec des résultats toujours améliorés, bien qu'il s'attaque à des malades de plus en plus graves et de plus en plus nombreux. En dehors des résultats obtenus, en particulier dans des furoncles de la face, des parotidites et des salpingites, l'auteur fait part de ses tentatives personnelles, couronnées de succès, dans certains cas d'appendicites aiguës, de cholécystites, d'angines et d'accidents de la dent de sagesse.

Coexistence d'un anévrysme aortique intrapéricardique et d'une péricardite calcifiante. — MM. Lepennetier et Morin. Il s'agit d'un cas d'anévrisme de l'aorte ascendante développée au niveau du sinus de Valsalva, se présentant sous la forme d'une poche à contours nets qui se projette sur le champ pulmonaire droit. Les bords de cette tumeur sont sertis par une ligne sombre représentant soit des calcifications intrapariétales, soit la continuation de la ligne de calcifications péricardiques qui entoure les cavités cardiaques droites. L'ectasie s'accompagne en effet d'une péricardie calcifiante dont le diagnostic radiologique est évident.

Vrais et faux diverticules duodénaux. — MM. Lefebvre et Boudaghian présentent plusieurs cas d'images diverticulaires du duodénum et évoquent les difficultés qui peuvent exister parfois pour le diagnostic d'un diverticule vrai et d'un diverticule pré-ulcéreux (diverticule de pulsion). Ils insistent sur l'utilité de multiplier les examens en différentes positions et proposent surtout les positions couchées et obliques ainsi que le profil.

A propos du « Meniscus complex » de Carman. — M. Nemours-Auguste. C'est en 1921 que Carman a décrit un syndrome radiologique (*Meniscus complex*) qui n'est valable que pour le diagnostic du cancer ulcériforme. La déformation radiologique que produit le cancer ne se voit bien qu'au cours d'un examen radioscopique en comprimant l'estomac avec les doigts. Sur les clichés ordinaires elle passe généralement inaperçue. L'image du fond du cratère s'inscrit, s'encastre dans l'ombre gastrique. Carman n'a jamais employé le mot de « niche » pour la désigner, réservant ce terme pour la niche de l'ulcère bénin qui, elle, est en saillie sur l'ombre gastrique, s'additionne à elle. Voici pour le cancer de la petite courbure. Le cancer développé sur une face donne par compression une ombre plus ou moins circulaire, fond du cratère entouré d'une zone claire sans plis qui représente le rebord de l'ulcération maligne.

Les métastases et les propagations néoplasiques au niveau du système osseux dans le cancer du col utérin. — M. Kritter. Les épithéliomas du col de l'utérus se compliquent très rarement de métastases osseuses. A l'Institut du Cancer, dans le service de Mme Laborde, l'auteur a relevé 14 lésions osseuses néoplasiques sur 1.743 épithéliomas du col traités. La radiothérapie semble sans effet sur ces métastases, contrairement aux autres métastases habituelles rencontrées.

Les réactions cutanées de la radiothérapie de contact. — MM. Cottenot et Liquier au cours de l'application de doses progressivement croissantes sur le tégument sain sans filtration et avec filtre de 1 et 2,5 Al, ont constaté l'existence de deux réactions cutanées, d'une part une réaction immédiate et fugace consistant en érythème accompagné d'œdème, d'autre part des réactions tardives analogues à celles de la RX pénétrante. Ils ont appliqué sans dommage en une séance unique et sans filtre une dose de 11.000 r. Cependant il persiste des altérations des tissus qui restent latentes et peuvent se manifester lors d'un nouveau traitement.

Contribution à l'étude des premières vertèbres dorsales en profil vrai. — MM. Desgrez et Pioux.

Usure vertébrale considérable par anévrysme aortique. — MM. Bonte et Schaffner.

Traitement des épithéliomas cutanés par radiothérapie de contact. — MM. Cottenot et Liquier.

Le facteur qualité en radiothérapie de contact. — M. Mallet.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

25 Novembre 1943.

Production expérimentale d'une dysménorrhée à déterminisme hormonal chez une femme ovariectomisée. — M. J. Ferin. Réalisant des cycles artificiels chez une femme ovariectomisée, par administration de benzoate d'œstradiol et de progestérone, en quantités variables, l'auteur constate que certains cycles sont dysménorrhéiques, et que d'autres ne le sont pas ; il conclut à la possibilité de l'origine endocrinienne de certaines dysménorrhées fonctionnelles par déséquilibre folliculino-progestéronique.

Pour l'obtention, chez la femme ovariectomisée, d'un cycle indolore comme d'un endomètre en état folliculino-lutéinique typique, les rapports F/P seraient fonction des quantités de folliculine ou de progestérone utilisées.

Thyroxine et cuivre. — MM. Sainton et Simonnet, ayant observé l'action favorable du cuivre dans quelques cas d'hyperthyroïdie, ont recherché si le cuivre, considéré par les expérimentateurs comme antagoniste de la thyroxine par les uns, comme étant sans action sur elle par les autres, modifiait le métabolisme basal chez le rat hyperthyroxiné. Ils n'ont constaté aucune action chez les animaux soumis à l'intoxication thyroïdienne et concluent que le cuivre n'intervient pas sur le métabolisme dans leurs conditions expérimentales. Des travaux récents permettent de penser que son action thérapeutique s'expliquerait par un rôle dans les combustions cellulaires.

Étude volumétrique du plasma et des liquides interstitiels au cours du cycle menstruel. — MM. R. Cachera, P. Barbier et J. Scherrer ont cherché à établir directement la réalité des perturbations de l'équilibre hydrique au cours du cycle menstruel. Ils ont utilisé pour cette recherche l'épreuve jumelée au rhodanate de sodium et au bleu Chicago. La menstruation provoquée par des injections d'œstradiol et le cycle spontané ont été ainsi explorés. De cette étude on peut dégager les conclusions suivantes :

1° Les fluctuations de la courbe du poids corporel n'apportent que des indications insuffisantes sur les mouvements d'eau réels au cours du cycle menstruel.

2° L'épreuve jumelée au rhodanate de sodium et au bleu Chicago fait apparaître l'importance et la nature de ces mouvements. Il existe une inflation des liquides extra-cellulaires (plasma et liquides interstitiels) qui atteint son maximum dans la phase pré-menstruelle. Puis une rapide déflation se produit au moment des règles et se prolonge après elles. Ces déplacements ont porté sur des volumes de 2.500 à 3.800 cm^3 de liquides extra-cellulaires chez une femme pesant environ 55 kg.

3° Le plasma et les liquides interstitiels participent l'un et l'autre à ces variations. Le volume plasmatique varie moins (non seulement en grandeur absolue, mais aussi en valeur relative) que celui des liquides interstitiels ; les écarts extrêmes, par rapport à une moyenne, ont été de plus ou moins 11 pour 100 pour le premier et de plus ou moins 14 pour 100 pour les seconds.

Adénome trabéculaire du corps thyroïde diagnostiqué par la ponction-biopsie de la glande. — MM. Etienne May et A. Netter dans un cas de goitre à développement rapide dont la nature était difficile à préciser cliniquement ont eu recours à la ponction-biopsie de la glande. Le petit fragment du tissu retiré a pu être inclus et coupé ; l'examen histologique a permis de faire le diagnostic d'adénome trabéculaire et de poser une indication opératoire. Il semble qu'il y ait là une méthode d'avenir.

Traitement de la tétanie parathyréoprive par le dihydrotachystérol (A. T. 10). — MM. H. Welti et G. Landolt rappellent l'action remarquable de l'A. T. 10 dans le traitement de la tétanie parathyréoprive. Ce médicament, qui élève le taux de la calcémie en abaissant celui du phosphore inorganique du sang, leur semble devoir être préféré à la vitamine D, qui est sans action sur le taux de la phosphorémie.

Effet de l'accès de tétanie par hyperpnée sur l'activité cholinestérasique du sang veineux. — M. R. Turpin, Mlle Corteggiani, MM. J. Lefebvre et A. Pelou.

Action sur le système neuromusculaire de la surrénalectomie et de l'injection d'acétate de désoxycorticostérone. — M. Paul Chauchard.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

4 Octobre 1943.

Aménorrhée d'origine émotive avec retour immédiat des règles par traitement hormonal et antispasmodique. — A propos de 8 observations d'aménorrhée d'origine émotive, M. Cl. Béclère conseille d'essayer d'abord la prostigmine seule, si possible en phase lutéinique. En cas d'échec, il faut faire le traitement associé, soit qu'il s'agisse d'une hyperhormonale : progestérone + prostigmine, soit qu'il s'agisse d'une hypo-hormonale, folliculine (1 mg.) + progestérone (10 mg.) + prostigmine. Il semble en effet qu'il y a à la fois trouble vasomoteur pelvien et trouble antéhypophysaire.

M. Turpault insiste sur le rôle du système nerveux, il associe selon les cas la génésérine ou la génatropine en phase supposée lutéinique.

A propos de la pathogénie de la crise douloureuse intermenstruelle. — M. Raoul Palmer. Il n'est pas douteux que la crise douloureuse intermenstruelle a un rapport étroit avec l'ovulation, et d'autant plus étroit et précis que la crise est plus brève. Il y a souvent une petite lésion utéro-annexielle, infectieuse ou non ; il y a souvent aussi un terrain neuro-végétatif spécial. Pour ce qui est du mécanisme même de production de la crise douloureuse : 1° un certain nombre de crises douloureuses intermenstruelles sont dues à une petite hémorragie ovarienne contemporaine de l'ovulation ; 2° d'autres sont dues à la congestion pelvienne de l'œstrus ; 3° certaines, enfin, sont d'origine neuro-musculaire spasmodique, liées aux perturbations hormonales de la phase de l'ovulation.

— M. J.-E. Marcel pense que la crise douloureuse intermenstruelle est due avant tout à une congestion hormonale excessive, que combat efficacement la testostérone.

— M. Turpault confirme les bons résultats de la testostérone dans les formes congestives à début progressif.

— M. Maurice Fabre a obtenu de bons résultats avec l'extrait mammaire à hautes doses.

Mme Irène Bernard (Bordeaux) fait un compte rendu de la « Journée du sel » à Dax et montre les indications des eaux de Dax dans les affections gynécologiques justiciables des eaux chlorurées sodiques fortes.

Séminome de l'ovaire chez une pseudo-hermaphrodite. — M. Abel Douay (Dieppe).

Fibrome utérin et endométriome du côlon pelvien. — M. Abel Douay (Dieppe).

15 Novembre.

A propos du traitement palliatif du cancer utérin. — M. Ulrich. Après avoir montré les inconvénients possibles du chlorure de zinc et du filhos dans le traitement des cancers incurables du col utérin, l'auteur indique les bons résultats, souvent prolongés plusieurs mois, qu'il a obtenus avec l'acétone. Il la préfère à l'électro-coagulation à cause des risques de perforation vésicale ou rectale.

— M. Turpault emploie plus volontiers le négatol ; quant à l'électro-coagulation il la fait toujours en bi-active.

— M. Wallon ne croit pas à l'utilité de l'électro-coagulation avant le radium ; il suffit de faire un premier temps de radium vaginal pour nettoyer le col.

— M. Palmer signale l'alcoolisation intra-rachidienne dans le traitement des douleurs de la période terminale.

Une erreur de diagnostic gynécologique due à un uretère monstrueux. — MM. Payer et Werquin (Saint-Germain-en-Laye). Femme enceinte de 3 mois présentant un drame abdominal avec une masse douloureuse à gauche, diagnostiquée kyste tordu. La laparotomie montre qu'il s'agit d'un uretère monstrueusement dilaté. Une sonde urétérale donne 1 litre 1/2 en 18 heures et la guérison du syndrome. L'urographie veineuse n'ayant pas montré d'obstacle, l'auteur attribue cette dilatation aux seuls facteurs humoraux de la gestation.

Un diagnostic difficile aux frontières de la gynécologie et de l'urologie. — MM. Courtois et Mauviel. Histoire d'une malade venue consulter pour des troubles gynécologiques, et chez qui l'absence de lésion génitale décelable incite à pratiquer une urographie qui permet de découvrir un cancer du rein.

20 Décembre.

Appendicite et grossesse. — MM. Courtois et Mauviel (Saint-Germain-en-Laye). Multipare enceinte de 6 mois. Appendicite grave avec péritonite généralisée. Laparotomie médiane, ablation d'une trompe droite suppurée et d'un appendice sphacélé qu'elle masquait. Poudrage au septoplix et large drainage. La plaie, qui laissait passer de multiples drains, ne cicatrice que lentement en laissant une large adhérence utéro-cutanée. Pour éviter des complications au moment du travail, on fait une césarienne haute.

Bases techniques de la cinésithérapie active en gynécologie. — Mme Le Grand Lambling.

Grossesse 1 mois après ablation d'une trompe et incision longitudinale de l'autre pour grossesse ectopique jeune. — M. Renauld.

Cloisonnement vaginal oblique dissimulant le col. Grossesse. — M. Renauld.

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

16 Décembre 1943.

Mégaloblostose aiguë. — MM. M. Perrin, Pierquin et Colson (Nancy) ont observé un cas d'anémie grave aiguë fébrile, à évolution rapidement mortelle dans laquelle on trouvait en majorité dans le sang et la moelle des mégaloblastes à divers stades de maturation : il s'agit d'une mégaloblastose monstrueuse tant par la proportion très élevée des éléments jeunes (plus de 66 pour 100) que par leur défaut de maturation.

— M. Paul Chevallier estime que ce cas rentre dans le cadre de l'érythromyélose aiguë (maladie de Di Guglielmo).

A propos de l'agranulocytose, maladie de Werner Schultz. — M. J. Mallarmé, à l'occasion de 3 observations personnelles, montre la réalité de la maladie de W. Schultz, rare cependant. Ses signes cliniques et hématologiques sont bien ceux qui avaient été décrits par son auteur. Le myélogramme, fait au début de la maladie, indique une conservation relative de la lignée granulocyraire, surtout des cellules jeunes. Le début est remarquablement brusque, aussi bien par la fièvre que par la granulopénie, installées en 2 jours. L'évolution est marquée d'une crise spontanée, qu'à tort on a cru être le résultat du traitement. La guérison esr possible mais doit être rapide, sans quoi ce n'esr qu'une rémission.

L'auteur en discute l'étiologie : une cause infectieuse est probable, mais frappant un terrain prédisposé ou préparé. Cette maladie a des rapports avec la mononucléose infectieuse, les myéloses toxiques et la leucémie aiguë. Les essais thérapeutiques sont jusqu'à ce jour assez décevants.

— M. Marchal observe fréquemment des syndromes agranulocytaires associés. Il n'a jamais observé d'agranulocytose pure et primitive type Schultz et se demande si cette affection mérite de conserver sa place en nosologie.

— M. Paul Chevallier estime au contraire que la maladie de Schultz existe bien. C'est une affection rare mais dont l'individualité clinique est incontestable. Les observations de M. Mallarmé confirment cette notion qu'il a toujours défendue.

Leucose dysarchique aiguë. — MM. Paul Chevallier et Jean Bernard rapportent le premier cas d'une affection dont ils n'onr pas trouvé d'exemple dans la littérature et donr les traits principaux sont les suivants: 1° syndrome clinique de leucose adénopathique aiguë ; 2° syndrome myélo-hématique de leucose myéloïde (192.000 globules blancs; très forte myélocyrose du sang et de la moelle) ; 3° infiltration des ganglions et de la rate par un tissu riche en cellules réticulaires, en lymphocytes, en éosinophies et en grandes cellules type hystiocytes malins. Ainsi la prolifération leucosique, au lieu d'être univoque comme il est habituel, se produit d'un tissu à l'autre sous des formes cellulaires er architecturales différentes.

Les hémopathies ostéotropes. — M. Guichard (Lyon) dans ce travail d'ensemble étudie les hémopathies qui se présentent sous l'aspect trompeur d'une ostéopathie. Il distingue les formes décalcifiantes des formes ossifiantes et précise pour chaque hémopathie les aspects cliniques observés. A cette vaste synthèse, l'auteur apporte une importante contribution personnelle.

JEAN BERNARD.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

6 Décembre 1943.

Césarienne « ante mortem » au cours d'une apoplexie séreuse : enfant vivant. — MM. Digonnet et Bret présentent l'observation d'une femme qui, à la suite d'un traitement au sulfarsénol, fait une apoplexie séreuse. La césarienne permet d'extraire un fœtus absolument normal qui s'est élevé particulièrement bien.

Pronostic et traitement de la môle vésiculaire. — M. Merger insiste sur les dangers qu'il y a à traiter une môle par curettage. Cette thérapeutique est susceptible de greffer des cellules malignes dans les vaisseaux blessés et de déterminer l'apparition d'un chorio-épithéliome.

Une anomalie radiographique de la trompe : la trompe « soufflée » ; ses conséquences sur la nidation. — M. Séguy a observé sur la portion isthmique de la trompe une anomalie réalisant sur les clichés une véritable image aréolaire et qui peut être cause de nidation ectopique.

Cancer du col et grossesse. — MM. Courtois et Mauviel présentent l'observation d'une femme enceinte, près du terme, présentant un cancer du col. On pratique une césarienne, extraction d'un enfant vivant pesant 3.900 g., puis on met dans l'utérus 30 g. de sulfamide et 20 g. sous le feuillet péritonéal. Le lendemain application de radium vaginal (40 mg. pendant 7 jours). Les suites sont très simples. La malade est revue au bout de 3 mois, la cicatrisation est parfaite, mais la femme refuse l'hystérectomie rorale.

Aménorrhée hyperhormonale d'origine préménopausique ; traitement par l'hormone du corps jaune. — MM. Cl. Béclère et Simonet estiment que l'hormone du corps jaune est le traitement de choix de cette aménorrhée.

Vaginite emphysémateuse. — MM. Lepage et Bret ont observé un cas de vaginite emphysémateuse. Cette affection est rare, elle paraît liée à l'existence de la grossesse ; actuellement l'origine infectieuse paraît la plus vraisemblable.

Les avortements à la Maternité de l'hôpital Bretonneau, 1942-1943. — MM. Lantuéjoul et Merger ont observé pendant 21 mois 127 avortements. Il est probable que la proportion de 20 pour 100 d'avortements spontanés est voisine de la vérité. Il a été pratiqué 69 curettages à la curette mousse, 22 curages digitaux, 36 fois on s'est abstenu de tout traitement intra-utérin. L'emploi des laminaires est à proscrire.

A propos d'une occlusion du nouveau-né pour microcôlon congénital. — MM. Courtois et Mauviel.

Menstruotions alutéales décelées par la courbe thermique (vérifications opératoires et biopsiques ; explorations fonctionnelles). — M. Palmer.

P. DUHAIL.

SOCIETE DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

15 Novembre 1943.

Trois cas de botulisme. Inertie pharyngée dans le botulisme. Radios. — MM. Bouchet et Debain montrent d'après les cas observés par eux l'importance des troubles pharyngés dans le botulisme. L'examen radiographique du pharynx met bien en évidence la paralysie des constricteurs. Comme symptômes accessoires, ils signalent la présence de coryza purulent.

Rhinophyma opéré. — MM. Bouchet, Fouquet et Hubert onr traité le rhinophyma par des multiples pointes tangentielles de diathermo-coagulation qui leur a permis ensuite de décortiquer la surface nasale pratiquement sans hémorragie. La cicatrisation fut rapide.

Sténose laryngée maxima compatible avec la vie. — MM. Bouchet, Fouquet et Hubert. Cette sténose a succédé à un traitement par l'étincelle froide et la diathermo-coagulation. Il s'agissait de lupus naso-pharyngo-laryngé.

Deux cas de scrofuloderme cervico-facial simulant l'actinomycose. — MM. A. Talbot et A. Stépanoff insistent sur la fréquence de ces cas ; soulignent l'intérêt d'un diagnostic précis qui après élimination de l'actynomycose, de certains syphilomes et de certains cancers aigus de la muqueuse buccale, met en évidence le B. K. après homogénéisation et conduit au traitement de choix : la radiothérapie.

Epithélioma phlegmoneux d'une aryténoïde chez une femme. — MM. L. Leroux et J. Rouget. L'intérêt de ce cas réside dans le début de l'infection qui a consisté en une collection suppurée. Le diagnostic n'a donc pu être établi que très tardivement. Il semble que l'aryténoïde soit le siège d'élection de cette variété si particulière, cliniquement, d'épithélioma du larynx.

Les sinusites maxillaires allergiques microbiennes. — MM. Bouchet et André, d'après plusieurs observations, montrenr que allergie et infection sont parfois intriquées dans la pathogénie des sinusites.

Ostéomyélite aiguë du frontal. Traitement chirurgical et médication iodosulfamidée. — M. Guillon.

R. CAUSSÉ.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

23 Décembre 1943.

La saponine du gaïac et son action sur la cholestérinémie. — MM. Marceron, Cerf de Massy et Clostre. L'administration de saponine du gaïac par voie intraveineuse, intramusculaire et buccale est efficace contre les accidents arthritiques s'accompagnant d'hypercholestérinémie.

Traumatismes obstétricaux et déficiences infantiles. — M. de Parrel.

A. BÉCART.

SOCIETE MEDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX LIBRES

3 Décembre 1943.

Du comportement des greffons osseux chez l'enfant. — MM. R. Ducroquet et M. Berthon s'appuyant sur l'étude des greffons ostéo-périostés placés chez l'enfant, établissent qu'ils ne poussent pas en longueur, mais seulement en épaisseur. La prise paraît immédiate : il n'y a pas résorption puis réhabitation, mais croissance dès les premiers mois en épaisseur, comme l'objectivent les clichés.

De ce fait, dans les arthrodèses extra-articulaires du sujet jeune, comme le segment osseux situé entre les deux extrémités de la greffe s'allonge, il y aura des déformations. Au genou, on voit des angulations considérables en récurvatum et en varus ou valgus ; à la hanche, l'arthrodèse extra-articulaire comporte les mêmes dangers : on y note une flexion progressive qui entraîne de l'ensellure lombaire compensatrice en abduction déterminant un allongement fonctionnel (les auteurs en apportent 12 cas établis par des radiographies successives) ; enfin, dans 4 cas de greffes pour scoliose chez des sujets jeunes, les auteurs ont pu voir la courbure s'accentuer de façon très notable par absence d'allongement du greffon, alors que s'accroissaient les corps vertébraux.

Ils rejettent donc les greffes chez l'enfant en période de croissance, sauf dans les coxalgies où l'épiphyse est détruite et dans les Pott lombaires avec cyphose pure où l'effet de la greffe ne peut être que favorable en diminuant l'angulation.

Kyste paradentaire et néoplasme du maxillaire supérieur. — M. Touchard.

Les grandes découvertes françaises au cours du siècle dernier. — M. Frank Viala.

10 Janvier 1944.

Images et schémas de niches. — M. Nemours-Auguste présente une série d'images de niches, ainsi que des schémas permettant de les classer.

L'examen minutieux des radiographies permet de se rapprocher du diagnostic exact rien qu'à la lecture du document, à condition qu'il soit pris avec soin.

Expérimentation clinique des réactions enzymologiques en endocrinologie. — M. J.-A. Huet.

J.-A. HUET.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

4 Novembre 1943.

Sur un cas d'épilepsie du moignon. — MM. M. David et Carrot présentent un blessé ayant, depuis 7 ans, une épilepsie du moignon chez qui une radicotomie de C5 à C8 a fait disparaître les secousses et les douleurs, après échec de la stellectomie, de l'artériectomie, des infiltrations et des résections de neurones ; la radicotomie fit disparaître la sensation de membre fantôme sauf sur le bout des doigts et le creux de la main, peut-être parce que D1 avait été conservé; la radicotomie fit aussi cesser immédiatement un syndrome paradoxal d'hémisudation faciale consécutif à la stellectomie. Des modifications de l'électro-encéphalogramme portaient essentiellement sur la zone sensitivo-motrice correspondant au bras absent ; il n'esr pas impossible que l'hyperexcitation médullaire ne soit pas seule en cause dans la production des secousses du moignon et que la participation corticale puisse être considérée comme un phénomène de diffusion ou une répercussion des influx douloureux.

Epilepsie réflexe. — M. A. Thomas présente un sujet atteint, depuis 15 ans, de syphilis cérébrale se traduisant actuellement par une hémiparésie droite, avec hypoesthésie superficielle et profonde, perte de la discrimination tactile et astéréognosie, de la dysarthrie et un signe de Babinski bilatéral. En excitant certaines zones de l'hémiface droire, l'hémivoile ou la plante du pied, on déclenche des clonies, puis si l'excitation persiste, une crise Bravais-jacksonienne typique.

La symptomatologie nerveuse du botulisme. — MM. Alajouanine, Thurel et Durupt, à propos d'une observation, insistent sur quelques particularités de la symptomatologie nerveuse du botulisme qui la rendent presque pathognomonique ; la toxine a une affinité spéciale pour certaines parties du système nerveux : le système végétatif (comme en témoignent la sécheresse de la bouche, la dysphagie, la constipation, la rétention par paralysie vésicale, la paralysie de l'accommodation et la mydriase paralytique) et les neurones moteurs périphériques des globes oculaires et des membres, surtout des groupes proximaux ; la dysphagie est le symptôme dominant et est d'origine œsophagienne comme le prouve l'arrêt de la baryte à l'exrrémité supérieure de l'œsophage.

— M. Mollaret rappelle que dans la pathogénie, à côté de l'intoxication, il faut tenir compte de l'action locale de digestion des germes.

Retentissement de la pyrétothérapie sur les lésions nerveuses. — MM. Alajouanine, Thurel et Richet signalent dans plusieurs cas de sclérose en plaques traités par un lysat-vaccin l'accentuation des symptômes et l'apparition de symptômes nouveaux ; il ne s'agit pas de lésions nouvelles créées de toutes pièces par le vaccin, mais de modifications de lésions pré-existantes non par réveil évolutif, mais par réactions vaso-motrices. Que ces réactions focales soient utilisées pour le diagnostic ou le traitement, la plus grande prudence s'impose car si le retour à l'état antérieur est habituel, il n'est pas impossible que ces réactions favorisent le développement d'une poussée évolutive.

2 Décembre.

Ostéite fibro-kystique localisée à une vertèbre. — M. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine rapportent l'observation d'une enfant qui présenta des douleurs puis une paraplégie par compression ; la 6e dorsale avait au début un aspect cannelé, puis s'effondra et une masse se développa sur son côté ; à l'intervention, on trouva les lames et l'apophyse épineuse creusées de cavités remplies de sang et la dure-mère très vascularisée ; la radiothérapie fut instituée après la laminectomie et la paraplégie régressa complètement, tandis que les lésions osseuses se recalcifiaient ; la guérison persiste depuis 18 mois ; la biopsie a montré qu'il s'agissait d'ostéite fibro-kystique.

Syndrome de Kojewnikow, séquelle d'encéphalopathie infantile. — MM. Michaux, Gallot et Mlle Granier rapportent un cas d'épilepsie partielle continue, séquelle d'une encéphalopathie (traumatisme obstétrical chez un hérédo-syphilitique) que l'encéphalographie gazeuse a objectivée en montranr l'atrophie de l'hémisphère ; comme dans les cas de M. Souques, le gardénal atténue les crises jacksoniennes mais n'influence pas les secousses cloniques interparoxystiques.

Neuro-épithéliome du sciatique. — MM. Laignel-Lavastine, Lhermitte et Cochemé rapportent un cas de neuro-épithéliome qui par exception avait un siège périphérique ; une malade de 19 ans présentair une tumeur de la cuisse avec douleurs et paralysie du pied ; l'opération montra une tumeur très étendue de la loge postérieure de la cuisse et la désarticulation de la hanche dut être pratiquée ; le pronostic de ces tumeurs est très sombre.

Un nouveau cas d'hypersomnie rythmée par les règles. — MM. Lhermitte, Hécaen et Bineau rapportent l'observation d'une femme de 24 ans chez qui des crises de sommeil prolongé apparaissent au moment des périodes menstruelles, avec des signes neurologiques frustes qui permettent d'affirmer leur organicité. Ces crises rythmées, dont les auteurs ont déjà rapporté des exemples, sont bien différentes des attaques narcoleptiques et ne s'accompagnent pas d'autres manifestations mésodiencéphaliques.

L'anxiété hypothalamique. — M. J. Delay et Mlle Jouannais présentent une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique fruste, de crises d'épilepsie tonique et de crises d'anxiété paroxystique à début et fin brusques ; l'épreuve au sopochloralose déclencha à la fois un syndrome parkinsonien typique, une crise d'anxiété paroxystique et une hallucinose visuelle ; toutes ces manifestations sonr l'expression de lésions du mésodiencéphale post-encéphalitiques. D'après 4 observations analogues, les auteurs concluent que ce syndrome traduit une réaction d'alarme des centres neuro-végétatifs hypothalamiques. Le pronostic est très réservé ; une malade est morte subitement au cours d'une crise ; l'autopsie n'a montré que des lésions hypothalamo-pédonculaires. Le sulfate d'atropine en injection a une action remarquable sur ces raptus anxieux.

Remarques sur deux anencéphales. — MM. A. Thomas, Lepage et Mme Sorrel-Déjerine ont étudié, pendant les quelques heures de leur survie, 2 anencéphales protubérantiels ; chez l'un, l'attouchement sans compression de la poche crânienne provoquait une crise de flexion brusque des bras suivie d'un relâchement lent ; dans les deux cas on notait des mouvements adaptés de la tête se dérobant à certaines excitations ; la succion et la déglutition étaient possibles chez l'un, nulles chez l'autre ; ces différences chez des anencéphales ayant une malformation en apparence au même niveau s'expliquent par l'existence de lésions importantes des centres subsistants.

Kyste séreux géant de la convexité. — MM. Chavany, Pluvinage et Feld rapportent le premier cas français de cette affection, appelée par Dandy hydrome, véritable réplique séreuse de l'hématome sous-dural chronique ; un enfant de 10 ans présentait depuis 1 an un tableau d'hypertension intracranienne sans signes de localisation ; la ventriculographie montrait le déplacement latéral du système ventriculaire et l'injection par l'air d'une cavité allant du pôle frontal au pôle occipital de l'hémisphère droit ; l'intervention montra une cavité

kystique avec membrane clivable sur ses deux versants dural et arachnoïdien.

12 cas de méningo-encéphalite à caractère contagieux et épidémique survenus dans la région de Vitry-le-François pendant l'été 1942. — M. Cochemé rapporte 12 cas d'un syndrome à début brusque se traduisant par de la céphalée, de la rachialgie, du nystagmus, de la diplopie et parfois des myoclonies; la fièvre, d'abord élevée, tombait rapidement; la guérison survenait en une dizaine de jours ; il y avait une légère hyperalbuminose rachidienne sans leucocytose. L'auteur se demande s'il ne faut pas rapprocher ces cas des leptospiroses à *L. grippo-typhosa*.

Electronystagmographie. — MM. Baudouin et R. Caussé utilisent depuis plusieurs années la différence de potentiel cornéo-rétinienne permanente pour enregistrer le nystagmus. Ce procédé seul permet l'étude si importante du point de vue physio-pathologique des modifications du nystagmus spontané ou provoqué par l'ouverture et la fermeture des paupières; les auteurs décrivent les particularités du nystagmus congénital oculaire comparées à celles du nystagmus vestibulaire, l'influence de la stimulation calorique dans les 2 cas, le phénomène du nystagmus latent. Ils montrent que la stimulation vestibulaire n'inhibe pas les ondes alpha de l'électro-encéphalogramme.

Crises nerveuses réflexes d'origine auriculaire. — M. Barré rapporte l'observation d'un sujet de 49 ans atteint depuis l'enfance d'otite chronique gauche qui présente, depuis 15 ans, des crises débutant par une douleur en éclair dans le pied suivie d'une gêne dans les membres gauches ; très vite, le malade se fige, la tête appuyée sur le sternum ; après 2 à 8 heures, il s'assoupit peu à peu, conservant une céphalée violente et une tendance à se déporter vers la gauche. Après la crise, on note un signe de Babinski et des signes pyramidaux déficitaires ; il existe en permanence des troubles vestibulaires instrumentaux. L'auteur résume un deuxième cas analogue de ces crises nerveuses d'origine auriculaire.

Paralysie périodique de la 3e paire évoluant par poussées douloureuses depuis 15 ans. — M. Dereux (de Lille).

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Novembre 1943.

Sur la pathogénie et la thérapeutique des engelures. — M. Hirtz (Bordeaux). La plupart des cas d'engelures observées depuis l'hiver 1940-1941 ont été rencontrés chez des gens qui ne présentaient aucune des prédispositions classiquement admises comme favorisantes : lymphatisme, dysendocrinies. D'autre part, les engelures réagissent mal ou ne réagissent pas aux traitements classiques. L'auteur attribue la fréquence des engelures à l'hydrocarbonisme alimentaire et à la carence en vitamine B, et PP. Il souligne l'importance de la vaso-dilatation dans l'engelure constituée.

Sa thérapeutique personnelle associe l'aneurine et l'amide nicotinique au sulfate d'éphédrine. La rapidité des effets observés (guérisons en 4 à 8 jours dans la majorité des cas) avec des doses de vitamine B, (6 mg.) et PP (0 g. 10 à 0 g. 20), nettement inférieures à celles employées par les autres auteurs), fait penser que l'association de l'éphédrine à ces substances réalise une véritable synergie médicamenteuse.

Staphylococcie à localisations osseuses et intracranienne avec délire de revendication et hallucinose occipitale. — MM. Pouyanne, Pauly, Baron et J. Faure. Une staphylococcie localisée à l'occipital et à la tête humérale a provoqué un abcès intra-dural cloisonné occupant la place du lobe occipital gauche. Intervention. Pendant 2 mois, absence de signes de localisation et seulement délire de revendication, signes neurologiques frustes, syndrome méningé humoral, stase papillaire bilatérale lentement constituée. Pendant ce temps: thiazomide à 12 g. par jour. Des signes radiologiques d'ostéite apparus 2 mois après le début. Apparition, après l'intervention, d'une hémianopsie latérale homonyme droite en quadrant inférieur avec, dans le champ temporal droit perdu, déroulement d'une imagerie faite d'objets animés, en relief, bariolés, de dimensions petites ou grotesques, fièvre à 40°, stase papillaire. Réintervention : petite quantité de sang noir et visqueux au niveau de la poche de l'ancien abcès. Guérison, sans séquelles, maintenue depuis plus d'un an.

Un cas de gastrorragie splénogène. Splénectomie. Guérison. — MM. R. Dupérié R. Dufour, H. Monmayou et A. Moulies rapportent l'observation d'un jeune homme de 20 ans, sans passé gastro-intestinal, dont l'anémie aiguë intense, provoquée par des hémorragies gastriques (hématémèse et mélæna), fut très rapidement guérie par la splénectomie.

L'ouverture de l'estomac, au cours de l'opération, permit de voir, au niveau du cardia et de la petite courbure, une rosée de sang sourdre de la muqueuse gastrique non ulcérée.

Les auteurs signalent des poussées hypertensives au moment des hémorragies gastriques ; ils voient dans ces faits des arguments en faveur de la théorie pathogénique sympathique de Reilly et ses collaborateurs.

Leucémie aiguë à forme ictérique. — M. R. Dupérié. Un adulte de 55 ans, à passé digestif assez chargé, fait, à la suite de surmenage et de refroidissement, une angine sphacélo-membraneuse avec gros ganglions cervicaux et trismus ; l'examen bactériologique indique la présence du staphylocoque.

L'angine, les ganglions, le trismus guérissent, mais pendant la convalescence la fièvre s'allume de nouveau et un ictère franc apparaît, avec gros foie, urines acajou, selles non décolorées. En 5 jours l'ictère s'aggrave, la température est élevée, des troubles nerveux s'intensifient et le malade meurt dans le coma.

Les frottis de sang sur lames faits au 3e jour de l'ictère ont montré une quantité énorme de leucocytes anormaux, cellules souches, volumineuses, avec parfois des figures de caryocinèse ; les polynucléaires neutrophiles, les lymphocytes sont en très petit nombre.

Préparations spéciales du sang en vue de la transfusion. — M. G. Ringenbach.

A. CHABÉ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

25 Octobre 1943.

A propos de l'observation de M. Fiolle. — M. P. Moiroud. L'observation de Fiolle est un exemple des difficultés opératoires rencontrées au cours des interventions pour lithiase biliaire. Elles proviennent plus souvent de modifications anatomo-pathologiques acquises que d'anomalies congénitales. Le cas qui nous est soumis paraît ressortir à la lithiase primitive du cystique, le calcul ayant acquis progressivement un volume notable, distendu le conduit et effacé l'éperon qui marque le confluent biliaire. Ces lithiases sont longtemps dissimulées, l'ictère d'apparition tardive relevant plus d'une cause mécanique (compression de l'hépatique) que d'une cause inflammatoire.

Les rectites post-curiethérapiques. Etude clinique et thérapeutique. — M. R. Imbert rapporte 21 observations de rectites apparues après des applications de radium pour cancer cervico-utérin. Il insiste sur la fréquence de ces complications qui ont été relativement peu étudiées. Il constate l'existence d'une sensibilité individuelle et même tissulaire. La rareté des cystites est une confirmation de ce dernier point de vue. Le traitement est très décevant. L'auteur a eu l'idée d'utiliser les infiltrations lombaires. Les excellents résultats obtenus dans les 6 observations qu'il publie montrent tout ce qu'on peut attendre de l'application des idées de Leriche à un syndrome particulièrement douloureux et rebelle.

Malformation exceptionnelle abdomino-thoracique chez un nourrisson. — MM. Salmon, Emperaire et Avierinos. Nourrisson de 2 mois. L'estomac est situé complètement dans le thorax et placé à la hauteur du 2e espace intercostal. Le côlon transverse est refoulé complètement par l'estomac, à tel point que le lavement opaque ne peut remplir le côlon droit. Les éléments manquent pour conclure à une hernie ou une éventration. Les auteurs conseillent l'abstention chirurgicale.

Cancer du rectum ; résection utéro-rectale par voie abdomino sacrée. — MM J. Giraud et Dalmas.

J. LAMY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

24 Septembre 1943.

« Xeroderma pigmentosum ». — MM. E. Bertin, Cl. Huriez et Leborgne présentent un cas de *Xeroderma pigmentosum* intéressant par l'intensité des éléments cutanés pigmentaires et par la multiplicité des lésions en voie de dégénérescence.

Chez cette malade âgée de 17 ans, les lésions ont commencé il y a 10 ans, au niveau du visage. Actuellement la topographie des éléments au niveau des zones habituelles exposées à la lumière est caractéristique. Au niveau de la face, de nombreuses lésions sont en voie de dégénérescence, l'une d'entre elles ulcérant la partie nasale antérieure a laissé à nu les cornets et le maxillaire supérieur, en détruisant une partie de la cloison nasale et en perforant la voûte palatine.

L'histologie montre d'une part des signes caractéristiques de *Xeroderma pigmentosum*; d'autre part, des dégénérescences épithéliomateuses du type intermédiaire, à tendance baso-cellulaire ou spino-cellulaire.

Le traitement par la vitamine PP à forte dose n'a pas modifié la pigmentation cutanée.

Phimosis mécanique et perforation du prépuce par végétations vénériennes. — MM. Bertin, Cl Huriez et Leborgne. Mineur de 25 ans, admis à la clinique de Dermatologie pour une tumeur de l'extrémité du pénis, du volume d'une petite orange, bourgeonnante et modérément indurée à la palpation. Aucune adénopathie n'occupe les plis inguinaux. Cette masse végétante simule en tout point l'épithélioma du gland; mais deux biopsies montrent une hyperacanthèse malpighienne sans aucun signe de prolifération anarchique.

Il s'agit en réalité de végétations simples et l'interrogatoire rétablit la chronologie des accidents : quelques végétations du sillon balano-préputial ont proliféré d'une façon exubérante, provoquant d'abord un phimosis mécanique, puis des phénomènes de balano-posthite sont apparus et la masse végétante a fait issue à travers un orifice artificiel du prépuce.

Pathogénie de l'eczéma. Déductions thérapeutiques. — MM. Vanhaecke, Breton et Guidoux, se basant sur la conception du dérèglement sympathique comme facteur de l'eczéma, exposent les bons effets des injections sous-cutanées locales de novocaïne à 1 g. au niveau des eczémas mummulaires et les résultats favorables obtenus par les injections intraveineuses en série dans les eczémas étendus ou généralisés.

Ulcus duodénal avec achylie. — MM. C. Auguste et J. Paris rapportent l'observation d'un sujet porteur d'un ulcus duodénal vérifié par une intervention chirurgicale ultérieure et qui présentait une achylie complète résistant à l'épreuve de l'histamine. Une gastroscopie pratiquée avant l'opération et l'examen de la pièce opératoire n'ont montré aucune lésion apparente de la muqueuse gastrique.

Réticulo-monocytose à forme subaiguë. — MM. J. Driessens, F. Vandendorp, M. Cornillot et P. Gautier présentent une observation de réticulo-monocytose subaiguë évoluant en deux phases : initiale, d'allure chronique; secondaire, d'allure nettement aiguë avec tumeurs ganglionnaires énormes, hépato-splénomégalie, grosses altérations de l'état général, absence complète de température sauf dans les derniers jours.

Le diagnostic de réticulo-monocytose soupçonné sur les signes cliniques précédents fut affirmé par les examens de sang, le myélogramme et surtout la biopsie, et vérifié par l'autopsie. Étude anatomo-pathologique complète.

Septicémie veineuse probablement gonococcique. Phlébite de la grande azygos. Sulfamidothérapie. Guérison. — MM. J. Minet, Warembourg, Poiteau, Linquette et Gautier rapportent l'observation d'une femme de 29 ans, chez qui apparurent successivement, 2 mois après, des signes de métrite et urétrite, des polyarthralgies ayant les caractères de rhumatisme blennorragique et un état de septicémie veineuse subaiguë. L'une des phlébites est localisée à la veine azygos en raison d'un œdème bilatéral de la région lombaire et de la base du thorax, et d'un hydrothorax double. La guérison est obtenue au bout d'un mois par 196 g. de sulfamides.

29 Octobre.

Résultats éloignés de 250 thoracoplasties. — MM. Minne, Lacombe et Chemin ont pu compléter les observations de 127 malades opérés entre 1933 et 1939, soit avec un recul maximum de 9 ans et minimum de 4 ans. Cette statistique représente 249 thoracoplasties. 43 pour 100 des opérés peuvent être considérés comme guéris, 32 pour 100 ayant repris une activité professionnelle normale, 29 pour 100 sont améliorés, mais non guéris, 10 pour 100 sont aggravés, mais la plupart bilatérales secondairement, 2 pour 100 sont morts dans les suites post-opératoires immédiates, 16 pour 100 sont décédés au cours des suites éloignées.

Plus de la moitié des malades guéris l'ont été après 2 temps de thoracoplasties portant sur les 7 premières côtes.

Réticulo-monocytose à forme pulmonaire. — M. J. Driessens, Mlle Cornillot et M. P. Gautier. Femme de 82 ans consultant pour une volumineuse tumeur cervicale, chez laquelle, en outre, l'examen révèle une tumeur médiastinale importante. Les examens ont affirmé la nature réticulo-endothéliale de cette prolifération : réticulose histio-monocytaire typique.

Un essai de traitement radiothérapique est d'ailleurs venu sanctionner, du point de vue biologique, ce diagnostic, en volatilisant la tumeur médiastinale.

Mais l'affection revêtant un mode évolutif aigu n'a pas pour cela cessé d'évoluer, entraînant rapidement la mort de la malade.

Volumineux schwannome malin de l'estomac. — MM. C. Auguste, P. Decoulx, J. Driessens et J. Paris rapportent l'observation d'une malade de 73 ans présentant un minimum de signes fonctionnels, opérée d'une volumineuse tumeur abdominale. Cette tumeur pesant plus de 6 kg. et mesurant 32 *cm.* de largeur sur 22 *cm.* de hauteur et autant d'épaisseur était implantée sur la grande courbure gastrique. Une gastrectomie subtotale fut pratiquée. L'étude anatomo-pathologique révéla qu'il s'agissait d'un schwannome en voie de dégénérescence, avec transformation kystique et ulcération de la muqueuse gastrique au point d'implantation de la tumeur. Ce schwannome paraît être l'un des plus volumieux qui aient été observés.

Réflexions sur la structure du lobe inférieur du poumon. — MM. J. Minet, H. Warembourg et Graux. Après avoir rappelé les travaux de Lucien qui distingue au niveau de ce lobe 2 secteurs de ventilation pulmonaire, les auteurs montrent des clichés radiologiques concernant l'atteinte exclusive, par une pneumopathie aiguë, du 3e secteur ventral de ventilation pulmonaire de Lucien. De tels clichés portent à penser qu'une infection pourrait de même se localiser exclusivement sur un secteur quelconque de ventilation pulmonaire de ce lobe et entraîner des images radiologiques particulières. La notion des zonites inférieures est à reviser.

La polypose maxillaire. — M. Pruvost. La radiographie sous liquide opaque permet d'individualiser les différentes formes de sinusite maxillaire polypeuse.

On pourra trouver : soit une hyperplasie polypeuse généralisée, et souvent accompagnée à ce stade de suppuration ; soit un polype kystique isolé comme celui de Kelliam dans la fosse nasale; soit enfin une forme mixte, hyperplasie polypeuse généralisée avec polype kystique volumineux.

L'image intermédiaire est réalisée par une hyperplasie diffuse où la muqueuse est régulièrement augmentée avec un épithélium généralement intact.

Seule cette dernière forme peut guérir par drainage large du sinus au niveau du méat inférieur. Les autres formes sont justiciables de l'ablation complète de la muqueuse.

Léiomyome de l'antre pylorique. — MM. C. Auguste, J. Paris et M. Héraud rapportent l'observation d'un sujet atteint depuis plus de 1 an d'un syndrome douloureux épigastrique périodique et qui présentait à l'examen radiologique des déformations inconstantes et atypiques de la petite courbure prépylorique, ne permettant aucun diagnostic précis. Une gastrectomie permit de découvrir l'existence, à peu de distance du pylore, sur la petite courbure de l'antre, d'un petit nodule que l'examen histologique révéla être un petit léiomyome.

Localisations génitales et paragénitales du chancre syphilitique chez la femme. — MM. R. Dumont et J. Desruelles présentent une statistique personnelle de 285 chancres féminins dans laquelle ils relèvent 259 chancres génitaux, 23 paragénitaux et 3 extragénitaux. Parmi les diverses localisations génitales, le chancre du col arrive en tête de la statistique (42 pour 100), suivi des chancres des lèvres (33 pour 100). Les auteurs insistent sur la difficulté, voire même l'impossibilité du diagnostic clinique des chancres cervicaux; la clinique donne l'éveil et c'est l'ultra-microscope qui permet le diagnostic.

Invagination jéjuno-gastrique après gastro-entérostomie. — MM. P. Decoulx, Habart et Wattel.

R. PIERRET.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Les récentes améliorations dans le traitement du bec-de-lièvre complet

Lorsque chez un enfant de 3 ou 4 mois le problème se pose de la reconstitution d'un bec-de-lièvre unilatéral complet, deux améliorations essentielles ont été depuis quelques années apportées à la technique.

Précisons d'abord : bec-de-lièvre unilatéral complet veut dire fissure labiale, fissure gingivale et fissure palatine.

En pareil cas, il semble aujourd'hui acquis qu'il vaut mieux ne pas effectuer de rapprochement des arcades gingivales par ostéotomie, à la condition que la gingivo-fissure soit seulement un *écartement* et ne comporte pas de *décrochement* important, c'est-à-dire de déplacement important par rapport au plan frontal. Nous ne parlerons donc pas davantage des cas d'exception où ce raccordement osseux apparaît nécessaire, et nous envisagerons seulement la chéiloplastie par-dessus la brèche, considérée comme admissible.

Mais dans la forme dont nous parlons, deux difficultés opératoires correspondant à deux défauts qui trop souvent paraissent après l'application des techniques classiques doivent être envisagées.

Le premier point consiste à assurer l'avenir, en reconstituant un seuil narinaire prolongé le plus loin possible en arrière.

Le but de l'intervention : permettre plus tard, quand on procédera à la reconstitution de la voûte palatine, d'éviter la persistance du petit orifice qui si souvent restait à la jonction de la palatoplastie avec le raccordement gingival, qu'il ait été spontané ou opératoire.

Mais aussi cette intervention fournit un appui excellent au seuil de la narine et lui donne une solidité, une résistance qu'on ne saurait autrement obtenir.

La technique de cette longue reconstitution d'un seuil narinaire prolongé loin en arrière a été donnée par V. Veau.

Reprenant la suggestion de Lannelongue, il a montré comment tailler deux lambeaux :

En dedans, sur la cloison vomérienne au delà du rouge, dans le blanc et ce lambeau est libéré à l'aide d'une fine rugine ;

En dehors, en dédoublant le palier narinaire et en prolongeant l'incision et le décollement à la rugine à petite distance du bord aplasique de la fissure palatine.

Ces deux lambeaux, bien libérés, se laissent rapprocher.

Nous les suturons l'un à l'autre en commençant par le fond, en nous rapprochant progressivement du seuil narinaire, les fils étant noués *par l'intérieur de la narine* ; nous attachons grande importance à ce détail.

Mais en second lieu les autoplasties, aujourd'hui classiques, laissent encore trop souvent persister une *asymétrie narinaire importante*; on n'arrive pas à donner à la narine malformée, aplatie et surbaissée, une forme identique à celle de la narine saine.

C'est à ce défaut que nous estimons avoir trouvé un remède efficace et qui consiste dans les temps suivants.

Une des déformations dites « secondaires », dites encore « petits défauts du bec-de-lièvre », consiste dans le vice d'*orientation* et dans le vice d'*implantation* de la sous-cloison.

C'est à notre avis le *vice fondamental*, celui qui s'oppose à la reconstitution d'un orifice narinaire correctement arrondi et comparable à celui du côté sain.

Il est donc, selon nous, capital de *réimplanter la sous-cloison* en bonne place.

Ceci peut se présenter dans deux circonstances :

1° On opère un bébé de 3 ou 4 mois :

Les entailles de chéiloplastie ont été exécutées suivant les tracés classiques. Le long seuil narinaire a été établi comme nous l'avons dit plus haut.

La demi-lèvre interne est libérée très largement à la rugine fine et au bistouri.

La demi-lèvre externe est également libérée et décollée de l'arcade gingivale.

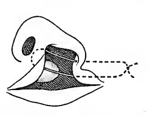
Le décollement de la demi-lèvre externe équivaut au 1/3 seulement et le décollement de la demi-lèvre interne aux 2/3 de leur importance relative.

Donc la demi-lèvre interne, c'est-à-dire le pied de la sous-cloison, est devenue très mobile. La demi-lèvre externe, moins décollée, offre un point d'appui solide au ras de la gencive.

Alors un fil de crin fin mais résistant, ou un fil de lin, va embrasser en dedans toutes les *parties molles* du pied de la sous-cloison, sauf les muqueuses, très largement et très profondément.

La même anse vient embrasser les tissus situés au-devant de l'arcade gingivale côté externe, au ras de l'os, tissus résistants.

L'anse du côté externe représente le point d'appui. L'anse du côté interne mobilise et entraîne facilement tout le pied de la sous-cloison si la libération a été bien faite et largement conduite.



On serre cette anse de fil et on la noue à 3 nœuds.

La sous-cloison obéit : son pied se rapproche immédiatement de l'aile du nez du côté externe malformé.

C'est sur cet excellent sous-sol que vont être exécutées les sutures de chéiloplastie.

2° On opère un sujet de 20 à 25 ans, dont la sous-cloison est restée grandement déviée et dont la narine malformée est restée très aplatie.

C'est ce que nous avons eu l'occasion d'exécuter très récemment encore. En pareil cas le pied de la sous-cloison est solidement implanté sur une épine nasale, fortement déviée du côté sain.

Il ne suffit plus de mobiliser le pied mou de la sous-cloison. Il faut en outre fracturer l'épine nasale à la pince ou au ciseau, redresser cette épine et faire enjamber le pied mou de la sous-cloison par-dessus cette épine ainsi déplacée et mobilisée. Dès ce moment, la correction des parties molles devient facile et peut être conduite comme nous l'avons dit tout à l'heure.

Quand le sous-sol est ainsi restauré, rien de plus simple que de traiter les lambeaux de chéiloplastie suivant les directives habituelles.

Résumons-nous : Toute la question pour obtenir une bonne narine en cas de bec-de-lièvre complet unilatéral consiste, réserve faite sur le plan profond, le plan d'avenir et d'attente, dans *la mobilisation large du pied mou de la sous-cloison* et dans son amenée en bonne place.

Chez le nourrisson, on trouve, pour ce faire, un point d'appui suffisant sur l'arcade gingivale du côté externe de la brèche.

Chez l'adulte, il faut, pour bien mobiliser la sous-cloison, sectionner l'épine nasale et faire enjamber cette épine au pied mou de la sous-cloison.

La position du pied de la sous-cloison domine donc toute l'esthétique de la reconstitution d'une narine malformée.

Marcel Ombrédanne,
Laryngologiste des hôpitaux.

A propos de la rachianesthésie

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de M. L. Leger paru dans *La Presse Médicale* du 20 Novembre 1943. Mais il me permettra de penser que la technique de Lemmon et Paschal est bien difficile à appliquer, et je suis étonné que l'utilisation de la rachianesthésie aux différents étages du rachis soit si peu connue des chirurgiens français. J'ai exposé à l'Académie de Chirurgie (*Mém.*, 15 Février 1933, **59**, 276 à 281), ma technique, et je n'ai jamais recherché la diffusion de l'anesthésie de bas en haut par des quantités plus grandes d'anesthésiques ou par une pression augmentée de l'injection. Je comprends parfaitement l'angoisse de Jean Camus à laquelle fait allusion M. Leger ; par ailleurs, je me refuse à utiliser la percaïne dont je connais de nombreux méfaits inquiétants et parfois mortels. Je reste fidèle à la solution préparée depuis vingt ans par M. Goris pour les hôpitaux de l'Assistance publique, contenant pour 3 cm^3 de sérum physiologique 0 *g*. 15 de novocaïne, 0 *g*. 00015 d'adrénaline et des traces de bisulfite et d'acide benzoïque. Le malade reçoit trois quarts d'heure avant l'intervention une injection sous-cutanée de 30 *cg*. de caféine et de 1 *cg*. de morphine ; lorsque la tension est comprise entre 10 et 12, j'y ajoute une piqûre d'éphédrine; lorsque la tension maxima est inférieure à 10, je ne fais jamais de rachianesthésie. C'est non dans la diffusion par barbotage, mais par le niveau de l'injection intra-rachidienne que je recherche une anesthésie à un niveau donné. Pour les anesthésies des membres inférieurs et du périnée j'injecte 2 cm^3 de la solution (parfois moins, 1 cm^3 5, voire 1 cm^3 2 pour des interventions courtes), au niveau de la 4e vertèbre lombaire.

Pour les interventions pelviennes, l'appendicite, les hernies crurales ou inguinales, j'injecte au niveau de la 1re lombaire.

Pour les interventions sur le foie, le pancréas, l'intestin grêle, le côlon transverse, la région thoraco-abdominale, j'injecte entre la 9e et la 10e vertèbre dorsale.

A plusieurs reprises, pour des abcès haut situés de la paroi thoracique ou pour des tumeurs du sein, où l'anesthésie par inhalation était formellement contre-indiquée, j'ai injecté 12 *cg*. entre la 6e et la 7e vertèbre dorsale avec une anesthésie parfaite et sans la moindre complication.

Plus récemment, j'ai indiqué une technique particulière pour rachianesthésie dans la greffe ankylosante pour mal de Pott ; la fréquence de la déformation et plus souvent de l'abcès intrarachidien gêne la diffusion du liquide aussi bien vers le haut que vers le bas ; j'injecte donc la moitié de la solution à la 4e lombaire pour prélever le greffon tibial et l'autre moitié au-dessus du foyer pottique ; sauf s'il est situé au-dessus de la 9e dorsale, auquel cas j'utilise pour l'injection haute la technique paradurale indiquée par Huguier.

J'ai à mon actif plus de 10.000 rachianesthésies, aucune anesthésie ne me laisse l'esprit aussi libre pendant l'intervention et ne comporte des suites aussi simples, à condition de ne soustraire une quantité de liquide céphalo-rachidien qu'au plus égale au liquide injecté, de ne pratiquer aucun barbotage, et de pousser très lentement la solution anesthésiante.

Le seul incident qui puisse se produire, si on a soin de n'opérer ainsi que des malades ayant une tension maxima supérieure à 10, est un ralentissement de la respiration dans les rachianesthésies hautes, qui ne résiste jamais à l'inhalation intermittente du carbogène.

Je ne pense pas que la technique que je viens de préciser soit comparable en difficultés à celle de Lemmon et Paschal, et elle m'a toujours donné les résultats les plus satisfaisants.

André Richard.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Le vain Secret

Les diverses méditations que, ces derniers temps et à l'occasion d'ouvrages récemment publiés, j'ai proposées aux lecteurs de *La Presse Médicale* furent toutes — on l'a remarqué — axées autour du fait scientifique et de sa définition. Il s'agissait de savoir si la science avait, ou non, perdu la face et si la métaphysique embryonnaire qu'elle implique devait, devant une physique mieux informée, une chimie plus avertie, une astronomie rajeunie, voire une biologie renouvelée, céder le pas à je ne sais quel indéterminisme philosophique dont se pourraient emparer les critiques permanents du progrès scientifique. On se rappelle, sans doute, notre insistance à signaler les dangers que recèle la confusion trop souvent faite entre des problèmes essentiellement différents, comme ceux, par exemple, que pose l'existence, au plan corpusculaire et à vues humaines immédiates, d'un indéterminé. Vouloir, de cet indéterminé, tirer la preuve d'un effondrement de la notion de loi scientifique, nous semblait, en effet, témoigner de moins de rigueur intellectuelle que du désir de satisfaire à des besoins sentimentaux que nous entendons, certes, ne point méconnaître, mais qui peuvent trouver ailleurs le moyen de légitimement s'épanouir.

Ces études, et singulièrement celle que nous avons consacrée à l'*Avenir de la Science*[1], ont rempli leur dessein puisqu'après lecture de la dernière d'entre elles, notre distingué collègue M. Henri Roger a bien voulu nous communiquer — et nous l'en remercions — un texte de Claude Bernard qui apporte à nos thèses une confirmation trop éclatante pour que nous n'en fassions point état. Tiré des *Leçons sur les phénomènes de la vie* (T. I., p. 291), il est ainsi conçu : « Les interprétations que nous donnons des phénomènes physiques sont toujours métaphysiques, parce que notre esprit ne peut pas concevoir les choses et les examiner autrement. La métaphysique tient à l'essence même de notre intelligence, nous ne pouvons parler que métaphysiquement ». Nous pourrions nous en tenir là et opposer victorieusement ces décisives lignes à qui tenterait d'utiliser au profit d'une gnoséologie pessimiste les infirmités inévitables de notre langage.

Mais voici qu'un ouvrage, tout récent, de M. René Sudre, arrive à point pour nous suggérer, sur le sujet même qui nous occupe, des réflexions nouvelles. Il est intitulé : *Les nouvelles énigmes de l'Univers*[2] et ne prétend à rien de moins qu'à raviver la controverse qui, de 1872 aux environs de 1893, opposa le physiologiste berlinois Du Bois Reymond au naturaliste d'Iéna, Ernest Haeckel. Les énigmes de Du Bois Reymond étaient au nombre de sept : trois d'entre elles étant d'origine transcendante, une quatrième incertaine et les trois dernières provisoires. M. René Sudre, lui, va plus loin. Et les énigmes, sous sa plume, se multiplient. Elles sont quinze aujourd'hui, posées par un écrivain clair, ferme, vigoureux et très au courant des dernières acquisitions de la pensée scientifique contemporaine.

Ignorons, pour l'instant, la téméraire et fougueuse réponse qu'en 1899 Ernest Haeckel asséna à son vieil adversaire. Et nous souvenant des polémiques qui, tout au long du XIXe siècle, mirent aux prises, d'une part les matérialistes de l'école allemande, les Moleschott, les Karl Vogt, les Ludwig Büchner, les Ernest Haeckel, et, d'autre part et tout ensemble, les spiritualistes de l'école française, Maine de Biran, Jouffroy, Victor Cousin, Paul Janet et les positivistes Auguste Comte et Louis Littré, demandons-nous plutôt s'il ne conviendrait pas de reviser l'histoire de la pensée philosophique française au siècle dernier, dans la mesure où celle-ci toucha au fait de la science ?

Ce qui compte, en effet, ce qui subsiste de cette philosophie scientifique, c'est son nihilisme intellectuel. Nous avons, dans une étude récente, cité Renan et nous l'avons loué pour la confiance qu'il accorda à la science et à ses méthodes. Mais ce que l'on n'a peut-être pas assez remarqué, c'est que les positivistes de l'école d'Auguste Comte, en forgeant la théorie de l' « Inconnaissable », ont apporté au moulin de l'antiscience plus d'eau que ne firent jamais les métaphysiciens Victor Cousin, Paul Janet ou Ravaisson. C'est aussi que Renan fit, au XIXe siècle, figure d'exception. Lorsque Littré, au tome XXIV de sa revue *La Philosophie positive*, adresse à l' « Incognoscible » l'expression de sa féalité, il portait, en effet, un coup plus sévère à la science et à ses ambitions que ne l'osèrent plus tard Brunetière et son cortège de théologiens laïques. « J'accepte, écrit Littré, les grandes leçons qui émanent de l'Incognoscible. La raison a la prétention de tout rationaliser, soit dit sans pléonasme. L'Incognoscible s'oppose directement à cette tendance téméraire et il s'y oppose sans plus ample information, sans discussion et par sa seule présence. Il me suffit de le contempler sur le trône de sa sombre grandeur pour me dégager de tous les dogmatismes, spiritualistes ou matérialistes. » — Sans doute. Mais la liste des énigmes devant lesquelles la science n'aurait plus qu'à déclarer forfait reste-t-elle identique à travers les âges ? Celle de M. Sudre ne diffère-t-elle pas de celle de Kant et de celle de Du Bois Reymond ? Et qu'est-ce donc à dire, sinon que les théoriciens de l'inconnaissable confondent le connaissable et le connu, l'inconnaissable et l'inconnu ? Certes, entre le connu et l'inconnu, existe une marge, et qui varie avec les siècles, ou même les décades. Mais transposer au plan métaphysique le problème des limites qui séparent le connu de l'inconnu, leur assigner les bornes immuables, c'est décourager la recherche scientifique avec autant et plus de certitude que ne le font, ailleurs, les philosophes qui assignent au fait de science des limites coïncidant avec les bornes prétendues de la raison humaine.

A lire l'intéressant ouvrage de M. Sudre, on apprendrait, si on ne le savait déjà, que la marge qui sépare le connu de l'inconnu, l'exploré de l'inexploré, le compris de l'incompris est essentiellement variable. Ici cette marge s'étrécit et la nature se fait plus lisible. Mais là, les ténèbres s'épaississent. On avait cru comprendre et l'on n'avait pas compris. A la fausse solution, à sa limpidité, à sa clarté il a fallu substituer le mystère. La vaine loi fut brisée comme table idolâtre. Et la recherche continue.

Il faudrait suivre M. René Sudre dans son énoncé des quinze énigmes, temporaires ou définitives que recèlerait, aujourd'hui encore, le sphinx universel. N'y pouvant songer, sachons du moins gré à notre auteur des preuves qu'il nous administre, volontairement ou non, de la justesse de nos précédentes remarques sur le climat philosophique du XIXe siècle. Loin d'avoir été le lieu géométrique de la témérité intellectuelle, le siècle d'Auguste Comte, qui fut aussi celui des successeurs du kantisme, fut un siècle timide. Tandis que la science prenait un essor prodigieux dont les noms de Volta, d'Ampère, de Carnot et de Faraday, de Lamarck, de Darwin et de Cuvier, de Marcellin Berthelot, de Claude Bernard et de Pasteur attestent la signification et la portée, la philosophie scientifique s'avérait inquiète ou persécutrice, dominée dans tous les cas par un pessimisme intellectuel dont la doctrine de l'Inconnaissable fut ensemble l'expression la plus certaine et la moins attendue.

Le phénomène n'est d'ailleurs pas nouveau. C'est ainsi qu'étudiant le siècle des encyclopédistes, le siècle de Voltaire et d'Helvétius, de Diderot et du baron d'Holbach, Henri Brémond s'était, voilà une quinzaine d'années, vu contraint de conférer aux « temps de la raison » et à l' « ère des lumières », une physionomie imprévue. Qu'on se rappelle, en effet, les innombrables ruisselets mystiques qu'il fit sourdre des profondeurs du XVIIIe siècle, au point que l'on put affirmer que nul siècle ne fut plus spontanément irrationaliste. De même nous ne pouvons aujourd'hui manquer d'observer qu'Auguste Comte et les positivistes, loin de libérer les avenues de la pensée scientifique préalablement fermées par les philosophes criticistes ou spiritualistes, opposèrent encore à cette pensée l'artificielle et redoutable barrière de l'Inconnaissable, en sorte que l'Adversaire, notre « Adversaire » — au sens barrésien du mot — ce devrait être moins Renouvier ou Victor Cousin que le fondateur du positivisme et son successeur Littré.

Au reste, puisque M. René Sudre a dédié un chapitre de son livre au problème de la pluralité des mondes habités, qu'il me permette de lui citer quelques lignes de Cournot (*Essai sur les fondements de nos connaissances*, T. II, p. 252) qui me paraissent révélatrices de l'état d'esprit que nous nous sommes attaché à déceler chez les agnostiques de l'école positiviste : « Il est plus que probable que l'observation ne décidera jamais ce qu'il faut penser de l'ingénieuse hypothèse de la pluralité des mondes... Toutefois les obstacles qui rendent de pareilles observations impraticables tiennent à des circonstances accidentelles et accessoires plutôt qu'à des raisons essentielles... Au contraire, il répugnerait à la raison qu'on pût arriver à résoudre expérimentalement la question de savoir si le monde est ou non limité dans l'espace, à saisir les premiers éléments de la matière, à trancher par l'expérience la question du vide, des atomes, de l'action à distance. »

Confronté avec le livre de M. Sudre, ce texte, déjà probant par lui-même, prend tout son relief. Mais ne vous semble-t-il pas que, depuis Cournot et contre sa raison, les travaux de Rutherford, de Jean Perrin, de Louis de Broglie et des Joliot-Curie nous ont singulièrement fait progresser dans la connaissance des atomes ? Quant aux éléments constitutifs de la matière, les travaux du physicien japonais Jukawa aussi bien que ceux d'Einstein ou d'Heisenberg ont-ils été sans nous ouvrir quelques fenêtres sur des questions que Cournot réputait insolubles ?

Les savants cherchent et c'est leur tâche essentielle de chercher, malgré tels philosophes qui leur voudraient barrer la voie. Ils cherchent toujours, et souvent ils trouvent, ce qui leur est, d'ailleurs et précisément, sur ces philosophes, à la fois victoire et consolation. Sans doute on nous parlera — et Cournot ne s'en est point fait faute — de cette « jouissance secrète » qui s'attache à la poursuite de l'impossible. Et l'on ajoutera que « la pensée s'élève en approfondissant les conditions d'un problème insoluble comme en résolvant effectivement un problème de l'ordre scientifique ». Je le veux bien. Mais le savant ne se borne pas à faire œuvre d'athlète mental et s'il n'escompte ni ne poursuit aucune fin pratique, il ne s'acharne pas moins, avec patience et obstination, à la recherche des lois de la nature. Il veut comprendre l'Univers, même s'il ne doit pas parvenir à le dominer. Il travaille, non pour le secret plaisir que lui vaudrait un effort su par avance stérile, mais pour l'amer, âpre, sûr et subtil plaisir de rendre l'Univers plus intelligible. Il n'a point la certitude, mais seulement l'espérance de la découverte. Pour œuvrer il lui faut — et j'ai dit naguère sur ce point particulier mon accord avec M. Rémy Collin — croire à l'intelligibilité du monde. Et rien ne saurait, autant que la philosophie positive, décourager ses entreprises.

Sous le jour des observations qui précèdent on

1. L'Avenir de la Science. *La Presse Médicale* du 16 Octobre 1943.

2. René SUDRE : *Les nouvelles énigmes de l'Univers*. 1 vol. de 414 pages (*Payot*, édit.). Paris. 1943.

peut donc estimer que la plupart des énigmes que M. Sudre s'emploie à épaissir autour de nous ont un caractère précaire. Elles se situent dans la marge qui sépare, au milieu du xxe siècle, le connu de l'inconnu, et ne surgissent point, comme champignons d'automne, des misères de notre esprit.

Faut-il maintenant s'étonner de certaines des conclusions auxquelles aboutit, peut-être trop aisément, l'auteur des *Nouvelles énigmes de l'Univers ?* Nous voudrions avoir le temps et la place de formuler, en marge de son livre, les objections qu'il a fait naître en nous. C'est ainsi que nous aurions beaucoup à dire sur les conséquences qu'il tire des ouvrages de Cuénot, de Caullery et de Guyénot, voire des synthèses paléontologiques de Paul Lemoine ou de la conception désuète de Charcot et de Janet sur l'hystérie, abandonnée depuis Babinski par la grande majorité des neurologistes. Bien difficile aussi nous apparaît-il de suivre M. Sudre dans ses vues sur les fondements de la métapsychique : discuter ou disputer de l'origine du « sixième sens », se demander si la clairvoyance est une conquête à la fois et une « promesse d'enrichissement », ou si elle n'est qu'une survivance des premiers âges de la nature nous semble, en effet, dans l'état actuel de la science expérimentale, d'une témérité intellectuelle devant laquelle nous comprenons qu'Henri Bergson ait reculé. Mais poursuivons notre propos un instant et relisons ces lignes que nous trouvons au chapitre IV du livre de M. Sudre : « Un autre aspect révolutionnaire de la doctrine des quanta est l'atténuation des notions d'objet et d'objectivité, telles que la philosophie les avait établies. Les corpuscules ne peuvent plus être considérés comme des objets parce qu'ils ne sont plus indépendants de nous. Pour les observer, il faut les regarder et projeter sur eux des rayons de lumière qui les altéreront ou même les diminueront d'autant plus sûrement qu'ils seront plus fins. »

J'ai déjà eu à m'expliquer sur cette confusion de deux notions qu'il convient, en stricte logique, de maintenir distinctes. Mais j'irai plus loin et soulignerai la vanité de cette observation au regard de quelque psychologue que ce soit. L'objet n'est pas supprimé parce que l'intervention observatrice du sujet le déforme ou l'altère. Objet il était auparavant, objet il demeure après. Mais ce qui, à vrai dire témoigne, en la circonstance, de faiblesse, c'est bien plutôt que l'objet, le sujet lui-même dont l'infirmité ou la précarité de moyens empêche, paralyse ou fausse l'observation entreprise.

Nous n'en finirions pas si nous tentions d'épingler des commentaires aux pages innombrables que M. Sudre a trop volontiers mis au service des philosophies de la seule espérance. Mais l'érudition de notre auteur étant immense, il me permettra toutefois de lui signaler que son étude sur les rapports de la pensée et du cerveau (ch. XVI) gagnerait, dans une édition ultérieure, à faire état des récents ouvrages de M. Jean Delay sur les maladies et sur les dissolutions de la mémoire. Il y trouvera une noble et féconde tentative de synthèse des points de vue de Bergson et de Pierre Janet, de Jackson et de Sherrington qui ne saurait être, aujourd'hui, passée sous silence. Enfin, puisque je ne puis songer à suivre M. Sudre dans son audacieux périple à travers les ténèbres provisoires de l'inconnu scientifique et jusque parmi les terrains vagues de la métapsychique, que ce modeste essai sur le nihilisme intellectuel au xixe siècle s'achève du moins sur un acte de foi en la Science qui, elle, et fort heureusement, se rit d'autant plus des philosophies qui la précèdent qu'elle peut, à beaucoup plus juste titre, revendiquer au contraire le droit d'inspirer, de susciter, de provoquer des synthèses philosophiques.

Toute pensée théorique que ne sustend aucun savoir spécialisé est « vanité et pâture du vent ». Et voici qui justifie la recherche et permet de moquer les empêcheurs intellectuels de danser en rond, qu'ils se nomment Kant ou Renouvier, Victor Cousin ou Ravaisson, Auguste Comte ou Littré. Il n'est point d'inconnaissable, même s'il faut prévoir que nous ne sonderons jamais le fond du gouffre, même s'il est sage, s'il est prudent d'admettre que nous n'épuiserons jamais l'intarissable inconnu.

Et puisque, pour nous mettre en garde contre les traîtrises inévitables de notre langage, M. Henri Roger nous a, tout à l'heure, fourni une précieuse formule de Claude Bernard, on acceptera que je dédie maintenant aux esprits qui seraient tentés de confondre l'inconnu et l'inconnaissable ces lignes empruntées à Spinoza : « Les termes transcendentaux, comme *être, chose, quelque chose,* viennent de ce que le corps humain, à cause de sa nature limitée, n'est capable de former à la fois, d'une manière distincte, qu'un nombre déterminé d'images. De telle façon que si ce nombre est dépassé, les images commencent à se confondre, et s'il est dépassé plus encore, ces images se mêlent les unes avec les autres dans une confusion universelle. »

La chose est jugée. La route est libre. Les chercheurs s'y peuvent engager. Et ce n'est pas eux qui, perdus dans l'opaque forêt des images, prendront les effets pour des causes. Ni l'Inconnu pour l'Inconnaissable. Ils le savent, et ils le savent bien : le *Grand secret* de Mæterlinck n'est qu'un *Vain secret.*

Gustave Roussy.

A propos du biotropisme

La Presse Médicale du 22 Janvier 1944, p. 19 a publié un article de M. Hauduroy, intitulé : *Le tropisme majeur des ultra-virus* ; le biotropisme, terme par lequel il désigne l'obligation tropique où se trouvent les ultra-virus, pour exister, de pulluler dans un organisme vivant.

M. Hauduroy découvre une symbiose. Je voudrais lui signaler que ce mot, qu'il emploie comme nouveau-né dont il serait le père, est déjà âgé de près de 30 ans. Il pourra s'en rendre compte par le livre : Milian, *Le biotropisme (Librairie Baillière)*, 1929.

Le biotropisme est non pas l'habitat tropique d'un virus dans une cellule vivante, mais l'exaltation d'un microorganisme connu ou latent du corps (homme ou animal) sous des influences variées, physiques, chimiques ou infectieuses.

Le biotropisme s'oppose au *nécrotropisme* par lequel ces mêmes influences amènent la mort du virus, ainsi la quinine tuant l'hématozoaire.

L'une des conditions biotropiques les plus intéressantes est celle qui reconnaît comme cause aux accidents pathologiques survenant après une action thérapeutique, médicamenteuse ou autre, l'exaltation de la virulence d'un microorganisme latent et non l'intolérance du sujet ou son intoxication, fait positif et non théorique maintes fois démontré.

G. Milian.

Livres Nouveaux

La préface que j'ai faite pour le livre d'Hormonologie sexuelle humaine de Mme Moricard a soulevé un certain nombre de commentaires à propos d'appréciations personnelles qui y sont contenues; selon le désir des endocrinologistes, je tiens à déclarer que je n'avais nullement l'intention de porter atteinte à la probité scientifique des auteurs cités et il est regrettable que cette préface ait pu être à l'origine d'interprétations ne correspondant pas à ma pensée. René Moricard.

Physiologie pathologique et Chirurgie des artères (Principes et méthodes de la chirurgie artérielle), par R. Leriche. 348 p., 46 fig. (*Masson et Cie*, édit.), 1944. — Prix : 140 fr.

Après la chirurgie de la douleur, la physiologie et la pathologie du système osseux, le Prof. Leriche a entrepris, dans son cours du Collège de France, l'étude des maladies des vaisseaux, sujet auquel il s'est attaché depuis plus de 25 ans. Cet enseignement doit s'étendre sur 3 années, et ce sont les leçons faites pendant la première année et consacrées aux « principes et méthodes de la chirurgie artérielle » qui sont réunies dans ce volume.

Il se divise, comme l'indique le titre, en deux parties. Dans la première sont exposées les bases physiologiques de la chirurgie artérielle, envisagées sous l'angle de la pathologie tissulaire : vie tissulaire et végétative des artères; physiologie des divers éléments de la paroi artérielle, endothélium, média, adventice; physiologie chirurgicale de la vaso-motricité, dont le rôle apparaît si important et si complexe. Dans cette étude, Leriche, suivant une idée qui lui est chère, se base avant tout sur ce que lui a appris « cette expérimentation continue qu'est la pratique chirurgicale quand on veut l'utiliser comme une discipline de la connaissance de la vie » : de l'observation de l'homme malade, de l'opéré, il y a autant de « réalité physiologique » à tirer que de l'animal d'expérience.

La seconde partie est d'ordre plus technique puisqu'elle s'occupe des « moyens » de la chirurgie artérielle : ligatures, à propos desquelles Leriche étudie à fond le mécanisme du rétablissement de la circulation, la gangrène ischémique et la pathologie des ligatures; suture artérielle et ses applications dans la thérapeutique des anévrysmes; opérations sympathiques en chirurgie artérielle, dont l'auteur énumère les diverses modalités (sympathectomie péri-artérielle, artériectomie, ramisection, gangliectomie et section préganglionnaire), avec la place qu'elles doivent occuper dans le traitement des maladies artérielles et leurs indications; pour terminer, Leriche consacre un dernier chapitre à la chirurgie endocrinienne (surrénalienne et parathyroïdienne) dans le traitement de l'élément fonctionnel des maladies des artères et son association éventuelle aux opérations sympathiques.

Toute cette chirurgie du sympathique et du système artériel, si nouvelle et déjà de si vaste étendue, est, en très grande partie, l'œuvre personnelle de Leriche qui en a été l'initiateur et qui, pendant un quart de siècle, en a patiemment et méthodiquement poursuivi l'étude « avec des yeux neufs », à l'hôpital et au laboratoire. Ce sont les résultats de cette longue observation, les idées et les conceptions originales qu'elles ont suscitées, enfin les réalisations thérapeutiques qui en sont sorties, qui forment la matière de ce livre.

Il s'agit ici de l'acquisition la plus récente et la plus neuve qu'ait fait la chirurgie, et cette acquisition est essentiellement française. Sans doute, elle comporte encore bien des inconnues et doit susciter de nouvelles recherches, mais elle a déjà conquis un large domaine et demeure riche de promesses. A ce double titre, l'ouvrage de Leriche s'impose à l'attention de tous ceux qu'intéressent les progrès de la chirurgie. C. L.

Les régimes des gastropathes, par le Prof. Paul Carnot, membre de l'Académie de Médecine. 1 vol. de 128 p. (Collection *Les Thérapeutiques nouvelles*) [*Baillière et fils*, édit., 19, rue Hautefeuille]. — Paris, 1943.

Avec sa grande compétence en la matière, le Prof. Carnot expose la question des régimes diététiques, qui ont, en thérapie digestive, une place prépondérante.

Dans la 1re partie de ce travail, il résume quelques données physiologiques sur les fonctions gastriques et l'alimentation. Dans la 2e partie, il passe en revue les diverses catégories d'aliments usuels quant à leur comportement gastrique. Dans la 3e partie, il étudie les régimes dyspeptigènes, c'est-à-dire ce qu'il faut éviter. Dans la 4e partie, il indique ce qu'il faut faire, c'est-à-dire les régimes antidyspeptiques de base. Le chapitre suivant est consacré à des régimes spéciaux. Enfin, dans une dernière partie, toute d'actualité, il examine la conduite à tenir dans les circonstances présentes : les restrictions qu'elles imposent n'ont pas que des inconvénients. Cependant, parmi les critiques à adresser aux régimes, notre pain quotidien contient le son que nous ne pouvons pas assimiler et dont on prive les animaux de boucherie qui, eux, l'assimilent bien et le transformeraient en viande à notre profit. Par ailleurs, les rations réglementaires, uniformes, ne tiennent aucun compte du poids et de la taille. Néanmoins, dans l'ensemble, « pour nos gastropathes, le brouet noir du spartiate a eu plus d'avantages que d'inconvénients ». L. Rivet.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil National

Section dentaire

Voici les résultats des élections des membres de la Section dentaire du Conseil national :

Titulaires : Dr Hulin (Paris), Dr Rachet (Paris), MM. Creuzet (Hérault), Dubreuil (Somme), Andrieux (Haute-Marne), Soulet (Pas-de-Calais), Lemée (Loire-Inférieure), Dr Blanc (Gironde), M. Houalet (Ille-et-Vilaine).

Suppléants : M. Cornioux (Paris), Dr Carvallo (Bouches-du-Rhône).

Attention au voleur

Sous le prétexte d'assister à la consultation demandée téléphoniquement pour sa femme, le voleur arrive quelques instants avant l'heure fixée dérober des objets de prix dans le salon d'attente.

Il paraît s'intéresser spécialement aux tapis qu'il emporte soit roulés autour du corps sous son ample pardessus, soit enveloppés dans une toile qu'il a apportée. Du salon, il sort sans prévenir pour rôder dans tout l'appartement, prétendant, s'il est rencontré, qu'il cherche les W.-C. Dans plusieurs cas, ne pouvant sortir de l'appartement sans être vu, il a prétexté ne pouvoir plus attendre et laisse au médecin ou à la bonne une note griffonnée priant sa femme de lui téléphoner après la consultation à une adresse téléphonique censée être celle de son bureau. L'adresse est fausse naturellement.

Signalement : 30 à 35 ans, taille, 1 *m.* 72 environ, visage plutôt rond, courte moustache taillée, pas de barbe; pardessus beige clair d'étoffe pelucheuse, feutre noir; aspect de petit employé.

Le Conseil national
de l'Ordre des médecins.

Comité de Coordination de la Région parisienne

Réunion du 16 Janvier 1944 (Président : M. Larget).

Relèvement éventuel des honoraires minima. — Les représentants des Conseils des Collèges départementaux de la région parisienne ont estimé que le coût actuel de la vie et les circonstantes économiques justifiaient un tel relèvement qui deviendra effectif à partir du 1er Mars 1944. Les médecins seront avisés en temps utile du nouveau taux.

Des dispositions ont été prises pour améliorer le fonctionnement du contrôle technique en matière d'Assurances sociales et de la juridiction répressive, aujourd'hui représentée par le Conseil régional de l'Ordre. Il semble que la situation financière actuelle des Caisses de la région parisienne ne permettra pas à celles-ci de relever leurs tarifs de responsabilité et de les faire coïncider avec les nouveaux honoraires.

A propos de la *médecine d'usine* et de la mise en application de la loi sur la Charte du travail, un ample débat s'est institué sur le fonctionnement et l'activité des nombreux centres médico-sociaux récemment créés, ainsi que sur les relations étroites que certains de ces centres paraissent entretenir avec des dispensaires de soins. A ce sujet, il a été décidé de faire auprès de tous les médecins de la région parisienne une large enquête destinée à renseigner exactement les Conseils des Collèges départementaux et à permettre à ceux-ci d'agir en cas d'abus.

D'autres nombreuses questions furent également étudiées : *nomenclature, surveillance des femmes enceintes, honoraires d'A. M. G., Commissions administratives hospitalières,* etc.

Comité départemental de la Tuberculose de la Seine

Il est créé, dans le département de la Seine, un Comité départemental de la Tuberculose qui conseillera l'administration sur toutes les questions concernant l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département.

Parmi les membres désignés pour faire partie de ce Comité figurent : le directeur régional de la Santé et le directeur de l'Assistance publique ou leurs représentants, le directeur de l'O.P.H.S., le directeur de l'Institut national d'hygiène, le professeur TROISIER, MM. COURCOUX, BARIÉTY, BROUET et KOURILSKY, M. CAYLA, représentant l'Ordre des Médecins et M. VIBOREL, directeur du Centre régional d'Education sanitaire.

Une COMMISSION MÉDICALE CONSULTATIVE a été créée auprès de ce Comité départemental.
Membres de droit : Prof. TROISIER, MM. BARIÉTY, PRUVOST, AMEUILLE, JACOB, BOURGEOIS, EVEN, PARAF, KOURILSKY, médecins chefs des Centres de phtisiologie de l'O.P.H.S., le directeur de l'Institut national d'Hygiène ou son représentant, le Prof. SORREL, représentant l'Ordre des médecins, M. HAZEMANN, médecin chef du service médico-social de l'Office d'hygiène.
Autres membres : Prof. MATHIEU, MM. BROUET, COURCOUX, HUBER, BARON, RENAUD, CHEMIN, MONOD.

(Extrait du *Bull. Mun. Off. Paris*, 3 Février 1944.)

Déclaration obligatoire du Tétanos

Le tétanos est ajouté, sous le n° 20, à la liste des maladies à déclaration obligatoire telle qu'elle a été fixée par le décret du 16 Mai 1936.

(Décret du 29 Nov. 1943 ; *J. O.*, 11 Février 1944.)

ACTES
réservés aux docteurs en médecine

Un rectificatif au *J. O.* du 11 Janvier 1944 vient de paraître, supprimant l'examen radioscopique et la prise de radiographies parmi les actes réservés aux docteurs en médecine.

(*J. O.*, 5 Février 1944.)

PRIX
de l'Académie de Médecine
pour 1943

Prix de l'Académie, à M. HURIEZ (Lille).
Prix Albert Ier de Monaco, à M. ANDRÉ-THOMAS (Paris).
Prix Alvarenga, à M. VENDRYES (Châtel-Guyon) ; mention honorable à M. CAZAL (Montpellier).
Prix Apostoli, à M. PROUX (Paris).
Prix Argut, à MM. GINESTE (Lille) et LAINE (Tourcoing).
Fondation Audiffred, arrérages à MM. OLIVIER et BONET-MAURY (Paris).
Prix Barbier, à MM. JUSTIN-BESANÇON et LWOFF (Paris).
Prix Boggio, à M. ACHER-DUBOIS (Plémet).
Prix Bouchet-Renault, à Mlles PAULY et VAN STOCKUM (Neuilly-sur-Seine).
Prix Bourceret, à M. QUINQUAUD (Fontenay-sous-Bois).
Prix Buignet, au Prof. LESPAGNOL (Lille).
Prix Buisson, à M. BRISKAS (Paris).
Prix Cailleret, à M. JACQUES POLONOVSKI (Paris).
Prix Capuron, à M. F. CLAUDE (La Madeleine).
Prix Chevillon, à MM. MONNIER, MAROT et LAZERCHES (Montpellier).
Prix Civrieux, à MM. LAPIPE (Paris) et RONDEPIERRE (Neuilly-sur-Marne).
Prix Clarens, à Mlle RONCHÈSE (Nice).
Prix Combe, à M. DELARUE (Paris).
Prix du XIIIe Congrès international de Médecine, à MM. HUET et NEMOURS-AUGUSTE (Paris).
Fondation Day, arrérages à M. AITOFF (Paris) ; mention honorable à M. D'HEUCQUEVILLE (Paris).
Prix Demarle, à M. MOREAU (Paris).
Prix Desportes, à M. CHAPTAL et Mlle LABRAQUE-BORDENAVE (Montpellier).
Prix du Dr Dragovitch, à M. BACHET (Paris).
Prix de Mme Dragovitch, à Mme LECONTE-LORSIGNOL (Blois).
Fondation Dreyfous, à M. JACQUES LOEPER (Paris).
Prix Dreyfous, à M. SERANE (Paris).
Prix Fournier, partagé entre MM. THEIL, FLANDIN et GUILLEMIN (Paris).
Prix Garnier, partagé entre Mme le docteur MAUD-BENEZIT, en religion franciscaine missionnaire sœur Marie N.-D. d'Igny, et MM. les docteurs ESTEOULE (Chauffour-les-Bonnières) et MONAL (Paris).
Prix Godard, à M. DICESCO (Bucarest).
Prix Guérétin, à M. MATTEI (Marseille).
Prix Guillaumet, à M. BOUREILLE (Bruxelles).
Fondation Guzmann, arrérages à M. WELTI (Paris).
Prix Catherine-Hadot, à M. MERCIER (Bracieux).
Prix Helme, à M. NICOLLE (Paris).
Prix Herpin (de Genève), à M. PHILIPPE (Paris).
Prix Huchard, partagé entre M. THIBAUDET, Mme DELBOS et Mlle LABROUE.
Prix Infroit, à M. BONET-MAURY (Paris).
Fondation Jansen (10 parts de 10.000 fr.), à Mme le docteur DOBROWOLSKAIA, Mlle LEBRETON, MM. GIROUX, GUÉRIN, MACHEBŒUF et BASSET, TANRET, DESGREZ, LENÈGRE et SOULIÉ, NÉVOT, BABLET.
Prix Laborie, à M. LANCE (Paris).
Prix Larrey, à MM. DEBENEDETTI et BALGAIRIES (Clermont-Ferrand).
Prix Laval, à Mlle BLANCHET (Montrouge).
Prix Lefort, à M. MAURICE BESANÇON (Paris).
Prix Le-Piez, partagé entre Mlle HORN et M. ROY (Paris).
Prix Leveau, partagé entre MM. GUILLET (Lyon), JACQUES FABRE et DE BRUX (Toulouse).
Prix Marmottan, arrérages à Mlle DUFAU (Paris).
Prix de Martignoni, à Mlle ROULE (Versailles) ; deux mentions très honorables à MM. BARRAUD (Châtelaillon) et PIERRE VALLERY-RADOT (Paris).
Prix A.-J. Martin, à M. ENCAUSSE (Paris).
Prix Maurel, à M. CHARONNAT (Paris).
Prix Mège, à MM. CORDIER et DELMAS (Paris).
Prix Monbinne, à M. BRION (Lyon).
Prix Nativelle, à M. COLAS (Paris).
Prix Oulmont, à M. WOLFROMM (Paris).
Prix Pannetier, à M. STEFANOPOULO (Paris).
Prix Berthe-Péan, à M. MACLOUF (Paris).
Prix Portal, à M. JACQUES LOEPER (Paris).
Prix Pourat, à Mlles RATNER et MÉLIE-OGANDJANOFF (Paris).
Prix Reynal, à M. THIEULIN (Paris).
Prix Ricaux (diabète), partagé entre Mlle FEDER (Neuilly-sur-Seine) et M. CANDAU (Paris).
Prix Ricaux (tuberculose), partagé entre Mlle CANONNE (Châteaubriant) et MM. THIBAULT (Thorenc) et TISSOT (Saint-Gervais-les-Bains).
Prix Ricord, à M. HENRY (Viroflay).
Prix Robin, à M. RIMATTEI (Marseille).
Prix Roussilhe (dermatologie), à M. CIVATTE (Paris).
Prix Roussilhe (vénérologie), à M. DEMANCHE (Paris).
Prix Marc-Sée, à M. TAYEAU (Bordeaux).
Prix Tarnier, à M. VARANGOT (Paris).
Prix Testut, partagé entre MM. A. DEBEYRE (Lille), J. DEBEYRE (Paris) et LEGAIT (Nancy).
Prix Vernois, partagé entre M. DELGA (Montpellier) et le médecin colonel LE GALL (Clermont-Ferrand).

Parmi les récompenses, signalons que l'Académie a décerné une *médaille d'or* au médecin colonel MURAZ des troupes coloniales.

***

Les concours pour les *prix à décerner en* 1944 seront clos fin Février 1944.

Université de Paris

Histoire de la médecine. — Sous les auspices de l'Institut national pour le développement de la vie intellectuelle en France, le Prof. C. LIAN fera, le dimanche 27 Février, à 14 h. 30, à l'Amphithéâtre Vulpian, une conférence sur la vie de Laennec, puis une démonstration des techniques récentes d'auscultation.

Cours de Pathologie médicale. — M. BARIÉTY, agrégé, commencera son cours le mercredi 8 Mars à 17 h. au petit Amphithéâtre. *Objet du cours :* La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire.
— M. BROUET, agrégé, commencera son cours le jeudi 9 Mars à 18 h. au grand Amphithéâtre. *Objet du cours :* Les maladies infectieuses.

Un *cours complémentaire de Bactériologie* par le professeur GASTINEL et M. Henri BONNET, agrégé, chef des travaux, commencera le lundi 20 Mars 1944, à 14 h., au laboratoire de bactériologie.
Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques et immunologiques, appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Cours complémentaire d'Anatomie pathologique. — L'enseignement complémentaire d'anatomie pathologique comprendra, pour l'année 1944, 4 cours répartis de la façon suivante :
Cours n° 1. — Du 8 Mai au 1er Juin 1944 : Anatomie pathologique de l'appareil digestif.
Cours n° 2. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques, du 3 au 27 Juillet.
Cours n° 3. — Technique et diagnostic anatomo-pathologiques, du 7 au 30 Août.
Cours n° 4. — Du 2 au 25 Octobre : Anatomie pathologique de l'appareil urinaire.
Cet enseignement s'adresse aux médecins et étudiants en fin de scolarité désireux de se perfectionner en anatomie pathologique. Il s'adresse d'autre part aux internes des hôpitaux désireux d'obtenir un « certificat d'études techniques ». Ce certificat sera délivré aux auditeurs ayant suivi au moins deux cours oraux et un des cours de technique et diagnostic, après examen probatoire.
Inscription au Secrétariat de la Faculté. Cours nos 1 et 4, 400 fr. chacun ; Cours nos 2 et 3, 500 fr. chacun.
Les cours nos 1 et 4 sont publics ; seuls les auditeurs ayant versé les droits d'inscription pourront se présenter à l'examen.

Travaux pratiques d'hématologie, par les docteurs R. ANDRÉ, J. BERNARD, L. C. BRUMPT, G.-H. LAVERGNE et J. MALLARMÉ. Ce cours comprendra 12 séances, commencera le 5 Juin à 16 h. 30 et aura lieu les lundis, mardis, mercredis et vendredis suivants. Chaque séance comportera un exposé théorique, des démonstrations et des manipulations. Chaque auditeur pourra se constituer une collection personnelle de préparations d'hématologie.
Inscription, 400 fr. (réduction de 50 pour 100 pour les internes). Cours réservé aux médecins et étudiants en médecine ayant plus de 20 inscriptions, aux vétérinaires et pharmaciens ayant terminé leur scolarité. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté.

Universités de Province

Diplôme d'Hygiène (FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX). — Un enseignement spécial pour l'obtention de ce diplôme aura lieu, sous la direction du Prof. LEURET et de M. PIÉCHAUD, en Mars, Avril et Mai 1944 et comprendra des T. P. de bactériologie, parasitologie et des conférences d'hygiène et épidémiologie. Droits : 790 fr.

Diplôme de Médecine du travail (FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX). — Un enseignement spécial pour l'obtention de ce diplôme aura lieu, sous la direction du Prof. LABAT et de M. DERVILLÉE, en Mars, Avril, Mai 1944 et comprendra des conférences, des T. P. de toxicologie industrielle, des visites d'usines et des examens de maladies professionnelles. Droits : 1.000 fr.

Diplôme de Médecine du travail (FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE). — L'enseignement commencera le 1er Mars 1944. Le diplôme de médecin du travail est délivré en fin d'enseignement à la suite d'un examen. Inscriptions reçues du 15 Février au 1er Mars au Secrétariat, 125, La Canebière, Marseille.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. GUILLEMIN, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pour une année, à compter du 1er Janvier 1944 (M. Chalnot, nommé professeur).

Direction régionale de la Santé

Le *J. O.* du 27 Janvier 1944 publie un décret fixant, dans la classe 25, les traitements des directeurs régionaux de la Santé, soit 90.000 fr., exclusifs de toute gratification.

Inspection de la Santé

— M. le docteur DEPIERRIS, médecin inspecteur de la Santé du *Cher*, est mis en disponibilité sur sa demande pour 2 ans.
— M. le docteur DUSSEAU a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Loire-Inférieure*.
— M. le docteur PRUNET, inspecteur départemental d'hygiène et directeur du bureau d'hygiène de Bourges, a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Cher*.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. CHATONNIER, médecin directeur du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard, à Touverac, est détaché en qualité de *médecin des dispensaires de la Charente* pour 5 ans au maximum.
— M. BENEAU, médecin adjoint au sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (S.-et-O.), a été nommé médecin directeur du *sanatorium Fenaille, à Séverac-le-Château* (Aveyron).

Concours et places vacantes

Assistant d'ophtalmologie des Hôpitaux de Paris (1 place). — M. BRÉGEAT a été nommé.

La *Médaille d'or de l'Internat (Médecine)* a été décernée à M. LAROCHE ; la *médaille d'argent* à M. RICHET.

Chef de Laboratoire de Chimie biologique. — Un concours pour 3 places vacantes à l'Hôtel-Dieu, à Bichat et à Necker-Enfants-Malades aura lieu le 21 Mars 1944. S'inscrire à l'Assistance publique du 21 Février au 2 Mars 1944.

Internat en pharmacie des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour les places vacantes le 15 Octobre 1944 sera ouvert le 27 Mars prochain. S'inscrire à l'Assistance publique du 22 Février au 6 Mars 1944.

Hospices de Dijon. — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu courant Mai 1944 en vue de la nomination de : 1 *chirurgien urologiste adjoint*, 1 *chirurgien adjoint de chirurgie infantile*, 1 *médecin adjoint de médecine générale* et 1 *médecin adjoint de dermatologie*.
S'adresser à la Direction régionale de la Santé, 3, place Ernest-Renan, Dijon (Côte-d'Or).

L'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente) demande interne. S'adresser d'urgence au médecin-directeur.

Nouvelles diverses

L'Académie française vient de décerner le *prix Guérin* 1943 à M. Jean VAGUE pour son ouvrage *Nation*.

Messe commémorative. — Le Conseil d'administration de l'Union médicale latine (UMFIA) informe les membres de l'Union et tous les amis des deux regrettés présidents-fondateurs défunts : docteurs DARTIGUES et BANDELAC DE PARIENTE, qu'une messe commémorative sera célébrée à leur intention en l'église espagnole, 51 *bis*, rue de la Pompe, le 23 Février à 10 h.

Création d'un prix Paul Métadier. — Afin d'encourager les études capables d'apporter des améliorations tangibles à la question vitale de notre alimentation, M. Paul MÉTADIER a fait un don de 300.000 fr. à la Faculté de Pharmacie de Paris. Les arrérages en seront consacrés à la création d'un *prix annuel* de 10.000 *fr.*
Cette première année, le prix a été attribué à M. LEPESME, chef de travaux au laboratoire de zoologie de l'Institut national agronomique pour sa thèse : « Les Coléoptères des denrées alimentaires entreposées ».

Trois conférences sur l'isomorphisme appliqué à la Biologie et à la Biochimie seront faites dans l'amphithéâtre de l'Institut Pasteur à 17 h. 30.
Vendredi 3 Mars, M. Mathieu : Isomorphisme et structure chimique. Généralisation de la notion de « germe ». Un mécanisme de l'action des catalyseurs. — Lundi 6 Mars, M. D. Dervichian : Isomorphisme et spécificité biologique. Application à l'Immunochimie et à l'Enzymologie. — Jeudi 9 Mars, M. P. Meunier : Isomorphisme et Isostérie dans l'étude des vitamines et en Chimiothérapie.
— Une *conférence supplémentaire* sera faite le lundi 23 Mars, M. P. Mollaret : La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne. Syndrome nouveau ou maladie nouvelle ?

Cours de virologie médicale. PRINCIPALES MALADIES HUMAINES PROVOQUÉES PAR LES ULTRA-VIRUS. — Ce cours, par M. LEVADITI, professeur à l'Institut Pasteur, comporte 14 leçons et démonstrations et aura lieu les lundi et vendredi à 15 h. à l'Institut Alfred-Fournier, 25, bd Saint-Jacques, Paris, à partir du 15 Mars 1944.
S'inscrire (100 fr.) au Secrétariat de l'Institut Alfred-Fournier.

Le *Cours de Service social antivénérien* POUR LES INFIRMIÈRES ET LES ASSISTANTES SOCIALES ET LES PERSONNES S'INTÉRESSANT A LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES aura lieu du 1er au 6 Mai 1944, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, bd Saint-Jacques, Paris-14e et à la clinique Baudelocque.
S'inscrire (50 fr.) 25, bd Saint-Jacques, Paris-14e (nombre limité).

L'Institut régional de psycho-pédagogie médico-sociale (18, rue de l'Ancien-Courrier, Montpellier). — L'Ecole de cadres spécialisés de l'Union régionale des œuvres sociales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence a été inaugurée le 18 Novembre à Montpellier.
La direction en a été confiée au Dr R. Lafon, chargé d'agrégation, membre du Conseil technique de l'Enfance déficiente ou en danger moral près la Commission interministérielle.
Le but de l'Institut est non seulement de former des rééducateurs, des observateurs, des psychotechniciens, des éducateurs d'orphelinats, des assistantes sociales spécialisées, mais de créer un Centre de recherches visant à une meilleure connaissance des causes de la mauvaise hygiène mentale infantile et des moyens d'améliorer les conditions matérielles et morales de la vie.

Colonies sanitaires. — Le *J. O.* du 3 Février 1944 publie un arrêté relatif au fonctionnement des colonies sanitaires.
L'équipement médical comportera obligatoirement :
1° Un lazaret aménagé dans un pavillon spécial ou dans un local isolé ; 2° une infirmerie destinée à recevoir les enfants atteints d'une affection aiguë ou d'une maladie contagieuse.
Les Colonies sanitaires devront être pourvues de l'éclairage électrique, de bains-douches, de l'appareillage nécessaire pour la désinfection de la literie et du matériel et, lorsqu'elles sont ouvertes toute l'année, du chauffage central.
L'exécution des prescriptions médicales et la surveillance hygiénique des enfants seront assurées par des infirmières dont une au moins sera diplômée d'Etat.

Traitements des fonctionnaires des Laboratoires. — Le *J. O.* du 27 Janvier 1944 publie des décrets fixant les traitements des fonctionnaires du Laboratoire central du Secrétariat d'Etat à la Santé, du Laboratoire de contrôle des médicaments antivénériens, des Laboratoires régionaux de bactériologie de Strasbourg et de Metz.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame François Sappey sont heureux de faire part de la naissance de leur 5e enfant, *Brigitte*. (Grenoble, 21 Janvier 1944.)
— Nicole et Dominique Quenin sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Béatrice*. (Le docteur et Madame Quenin-Pale, Mourmelon-le-Grand, 29 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame F. Chenal sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Luc*. (Roubaix, le 20 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame Marcel Champagne sont heureux de faire part de la naissance de leur premier enfant, *Robert*. (Châlons-sur-Marne, le 20 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame Raoul Joussemet sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième fils, *Raoul-Jacques*. (Paris-15e, 11, rue Emile-Duclaux, 19 Janvier 1944.)
— Monsieur M. Rouquette, directeur des Laboratoires Derol, et Madame le docteur, née Marcland, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Evelyne*. (Paris, le 22 Janvier 1944.)
— Elisabeth Langlade a la joie de faire part de la naissance de sa sœur *Dominique*. (De la part du docteur et de Madame Langlade. Sannois [S.-et-O.], 26 Janvier 1944.)
— Le docteur et Madame Jean Léveillé sont heureux de faire part de la naissance de leur fille, *France-Marie*. (Challans [Vendée], 6 Février 1944.)

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles de M. Jacques Gaillard, interne de l'hôpital Rothschild, Paris, avec Mademoiselle Geneviève Dupuis.

Décès.

— On annonce le décès du docteur Camille Butzbach, laryngologiste honoraire de l'hôpital de Belfort, père des docteurs Jacques et Jean Butzbach.
— A Paris, le décès du docteur Jean Braly, médecin de Saint-Lazare.
— A Paris, le décès du docteur A. Comte, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.
— A Paris, le décès du docteur Lutier, ex-médecin assistant de l'hôpital Saint-Antoine.
— A Vernon, le décès du docteur Touchard, ancien interne des hôpitaux de Paris.
— A Aix-les-Bains, le décès du docteur Françon, père, dans sa 84e année.

Soutenance de Thèses

Paris

Thèses de Médecine.

Mercredi 26 Janvier. — M. Perdrizet : *Le purpura mercuriel*. — M. Ponsar : *Médecine et éducation physique*. — M. Hernier : *La voie d'abord transpleurale droite dans la chirurgie du cancer de l'œsophage thoracique*. — M. Lecointe : *Contribution à l'étude des syndromes musculaires aigus de l'adulte avec hypothyroïdie*.
Jeudi 27 Janvier. — M. Lenormand : *Engelures et tuberculides*. — M. Desfosses : *Recherches sur l'état de la muqueuse dans les hémorragies des fibro-myomes utérins*. — M. Avertain : *Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire adapté aux cas « limite »*.
Mercredi 2 Février. — M. Maralon : *Les fibromes du cordon spermatique*. — M. Paudrigue de Maisonseul : *L'abcès ascaridien du foie*. — M. Charpentier : *Les labyrinthes aiguës infectieuses otogènes*. — M. Colsy : *Contribution à l'étude des rapports entre les cardiopathies et la gestation*.

Mercredi 9 Février. — M. Rabouot : *Du traitement et des résultats obtenus par les sulfamides dans les méningites à pneumocoques*. — Mlle Bourget : *Des eaux thermales d'Aix-en-Provence. Leur action diurétique*. — M. Lalepuse : *Conditions d'hygiène du travail dans les industries de l'apprêt et du lustrage des fourrures d'imitation*. — M. Mathieu : *Abcès froid de la région du dôme pleural*.

Thèses Vétérinaires.

Jeudi 27 Janvier. — M. Meng : *Le bacille tuberculeux. Sa variété aviaire. Son rôle pathogène chez les mammifères. Ses dangers pour l'homme*. — M. Blandin : *La frigidité chez la vache*.
Mercredi 9 Février. — M. Ficher : *Recherches sur la valeur nutritive de fibrine*.

Bordeaux

Doctorat d'Etat.

7-12 Février 1944. — M. Blanchet : *Les syndromes périodiques de la femme. A propos d'hémorragies rétiniennes cycliques survenant au moment des règles*. — Mlle Monier : *A propos de 2 cas de paralysie respiratoire poliomyélitiques traités dans le « poumon d'acier »*.

Montpellier

Diplôme d'Etat.

Novembre 1943. — M. A. Vedel : *Vitamine B_1 et troubles cardio-vasculaires*. — M. G. Crouzilhac : *Les kystes hydatiques primitifs de la paroi abdominale*. — M. R. Bosc : *Les œdèmes de dénutrition*. — Mme Donnezan, née Félix : *A propos de l'œdème pulmonaire subaigu curable du nouveau-né*. — M. Wajdenfeld : *Contribution à l'étude des gastrites chroniques pseudo-néoplasiques*.
Décembre. — M. Nguyen Huy Lé : *Contribution à l'étude des effets de la sous-alimentation sur la population de la ville de Montpellier*. — M. A. Labarthe : *Le rein ectopique pelvien*. — M. A. Rivière : *Tuberculose de l'utérus*. — M. J. Veschi : *Contribution à l'étude des luxations ouvertes du coude*. — M. G. Bonneval : *Les brucelloses. Extension au département du Lot-et-Garonne*. — M. H. Delseny : *L'hystérectomie dans la cure de certains prolapsus utérins*. — M. G. Fabre : *Epanchements purulents du péricarde à microbes banaux chez l'enfant*. — M. M. Paton : *Essai de géographie médicale de l'île de la Réunion*. — M. M. Abid : *Appendicite et fièvre typhoïde*. — M. H. Souvras : *Syndrome de Cushing et glandes surrénales*.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Agent médical, références 1er ordre, bien introduit Marseille et banlieue, s'adjoindrait laboratoire. Ecr. *P. M.*, n° 348.

On recherche table de radiodiagnostic et si possible générateur statique. Faire offres av. prix compt. Ecr. *P. M.*, n° 400.

Externe hôp. fin d'ét., ch. aide bénév. méd. biol. *P. M.*, 413.

A louer pr clinique ou vendre mais. 30 p. tt. confort., jard. 3.000 *m.*, à 4 *km.* Paris banl. sud. Ecr. *P. M.*, n° 415.

Dame cinquant., dipl. Cr.-R., secrét. médic., connaissant angl. et allem., excell. santé, donneuse de sang, ch. empl. Paris ou bord mer. Ecr. *P. M.*, n° 416.

Matériel radiologique radiogénérateur Securix 8-15 et accessoires absolum. neufs disponibles. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 419.

Région Ouest, visiteur médical, excell. référ. tr. bien introduit Corps médic. hôp., ch. Labo en exclusivité. Ecr. *P. M.*, n° 422.

Radiologue, 120 km. Paris, ch. méd. assist. ou assoc. au cour. phtisiol. et si poss. électro-radioth., conv. doctoresse. Fixe ou pourc. Ecr. *P. M.*, n° 426. Visa n° 479 *bis* I.R.

Infirmier salle opérations muni référ. 1er ordre, dem. place mais. santé Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 427.

Jne fille licenciée en droit recherche situation secrétariat demi-journée, après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 433.

Visiteur médic. Paris, réf. les meill., prend. 2e prod. sér. Ecr. *P. M.*, n° 438.

Laboratoire spécialités pharm. ch. dessinat. qualifié pr publicité trait et couleurs. Référ., indiquer honor. demandés. Ecr. *P. M.*, n° 446.

Représentant tr. intr. méd. sf. ph. Par.-banl., mais. 1er ord., rech. lab. spéc. enfants, rég. ou simil. Ecr. *P. M.*, n° 448.

Dés. achet. app. métab. bas. Plantefos ou Benedict. *P. M.*, 450.

Visiteur médical, bon. références, ch. à s'adjoindre Labo pour secteur Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 458.

Jne chirurgien, connaissant aussi radiologie, célibataire, demande place d'assistant. Ecr. *P. M.*, n° 466.

Dr. A. E. M. P., posséd. certific. de radiolog., ch. cabinet radiol. à reprendre, ou remplacem. à effect., ou pl. d'assist. en radiol. Ecr. *P. M.*, n° 467.

Sténo-dactylo, excell. référ., ch. secrét. ch. doct. après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 469.

Recherche thermomètre enregistreur. Tél. Tri. 75-50.

Jne fille au cour. secrétar. de direct. compt. Sana et mais. santé, st.-dact., ch. empl. préf. prov. Ecr. *P. M.*, n° 472.

Infirmière hospitalière, dipl. Etat assist. sociale, dipl. puéric., exc. réf., ch. poste assist. pr. chirurgien, radiologue, Dr cliniq. ou poupon. Paris. Ecr. P. M., n° 473.

Visiteuse médic. active, ch. s'adj. Labo Paris. *P. M.*, n° 474.

Personne ay. pratique, réf., ch. garde particulière ou dans clinique. Ecr. *P. M.*, n° 475.

Visiteur médic. Paris, Labo sér. tr. connu deux prod., cherc. s'adjoindre 3e spécialité. Ecr. *P. M.*, n° 476.

Piano Bord et violon entier. Dr Crouzat, Arch. 34-41 avant 9 h. 30.

A céder, cause décès, cab. ophtalm., condit. opérat. assurées, consult. à l'extér. Mme Pantel, 22, r. d'Avéjan, Alès (Gard).

Cède, urgence, raison de santé, bon poste pro-pharmacien, région de Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 479.

Visiteur médic., 42 a., référ. tr. sér., exp. 12 a. banl. Seine et proche S.-et-O., dem. 1 prod. seul. pr compléter groupe habit. récem. diminué. Ecr. *P. M.*, n° 480.

A vendre deux objectifs microsc. à immersion, Stiassnié 1/15 et Leitz 1/12, parf. état. Ecr. *P. M.*, n° 481.

Labo dem. visit. médic. exclusifs pour : 1° Nord, Pas-de-Cal. ; 2° Est ; 3° Normandie ; 4° Massif Centr. ; 5° Sud-O. ; 6° S.-et-O., S.-et-M., Yonne, Aube, Côte-d'Or. Serv. Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.197.

Infirmière, dipl. d'Etat, assist. sociale, 25 a., bonn. référ., désirer. accompagner personne à la montagne, enfants de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 483.

Bonne infirmière connaiss. radiologie, st.-dactylo, secrétaire pr clinique. Urgent. Office du Travail de Bordeaux, 50 *bis*, cours d'Alsace-Lorraine. Visa n° 07.177.

A vendre installation médicale compren. meubles, table examen, instruments, livres et divers. Ecr. *P. M.*, n° 485 ou télép. Cli. 00-29.

Secrét. méd. ch. empl. 1/2 j. clin. ou Dr. Ecr. *P. M.*, 486.

A vendre microscope Leitz, compl. neuf, monocul., gr. tube, platine mob. à régl. 6 ocul., 4 object. dont 1 immers. (1/12). Abbe et tout matériel auxil. Ecr. *P. M.*, n° 487.

A vendre table bascul., amp. Philips U.V.-I.R. négatoscope, cuves, access. Dr Chataignon, 8, bd Denain, Paris.

Cherche E. M. C. tube digestif. Dr Poque, St-Béat (H.-G.).

Chirurgien, 36 a. références, cherche association avec chirurgien établi. Ecr. *P. M.*, n° 490.

Infirmière dipl. secrét. médic., st.-dact, au cour. manipul. élect. et dévelop., dem. sit. ch. Dr. Tr. sér. Ecr. *P. M.*, n° 491.

A vendre table basculante Massiot Motostar. Ecr. Dr Guichard, 63, allées Damour, Bordeaux.

A vendre mach. à écrire portative « Corona ». Ecr. *P. M.*, 439.

Démarcheur médic. visit. dep. plus. années méd. et pharm. vallée Loire, recherche Labo à représ., fixe ou commission. Ecr. *P. M.*, n° 494.

A vendre app. à rayons U.-V. vap. merc., modèle de cabinet, état neuf. Baudet, 251, avenue d'Argenteuil, Bois-Colombes (Seine).

A vendre masticateur, speculum et pince. Etat neuf. Ecr. Mme Lory, 6, rue Crevaux, Paris-16e.

A vendre, apr. décès, appar. radiolog. av. access. et lampe U.-V. Le tout en très bon état Ecr. Mme Lagarde, rue Saint-Nicolas, Sablé (Sarthe).

A vendre appareil radio. améric. Colidge, Gle Elec. Comp. pr radio à domicile. Excellent état. Mme Leblanc, route de Sosrel, Menton (A.-M.).

Etud. dern. an. de scolar., tr. au cour. rempl., ch. assist. Dr surch. ou remplacem. ttes durées, zone sud, ou tout autre empl. Ecr. *P. M.*, n° 499.

A vendre, Bordeaux, appareil radioscopie-graphie 3 kw-100 kw. av. belle table et access. pouv. conv. à médecin praticien ville ou camp. Ecr. *P. M.*, n° 500.

Tr. bon poste méd. génér. ch.-lieu cant. 125 *km.* Paris sud-est, r. nation., seul méd. ss. conc., b. mais. 8 p. dern. conf. hors bourg, gar., jard., arb. fruit., poulail., clap., gr. rapp. Pr. 2/3 compt. Ecr. *P. M.*, n° 501.

Je cherche table opération à pompe, lampe scialytique. Ecr. *P. M.*, n° 502.

Sténo-dact exc. référ. ch. secrét. 1/2 journ. Ecr. *P. M.*, 503.

A vendre 1 milliampérem. continu à 10 milli, 1 interrup. auton. Gaiffe 70 v. cont. 110 v., 1 transform., bobine R. Gaiffe 110 v. cont. Ht., 1 *m.*; diam., 0,20. Ecr. *P. M.*, n° 504.

Docteur en Pharmacie ch. situat. commerciale ou scientif. ds Labo de spécial. ou ds imp. pharmacie. Ecr. *P. M.*, n° 506.

Visiteur médic. tr. introd. méd. et hôp., excel. référ. 1 prod., ch. 2e Labo rég. Bordeaux et Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 506.

J. f. 29 a., B. E., dip. Etat inf., ch. empl. laborant. début. Ecr. *P. M.*, n° 507

Suis acheteur table d'exam., vitrine à instrum., recroscope Bensaude. App. hte fréq. et diat. Appar. et instrum. méd. génér. et per. chir. Ecr. Malvezin, 138, r. Ordener, Paris-18e.

J. femme, pharmacien, titres scientif. Fac. Paris, ch. utilisation légale diplôme. Ecr. *P. M.*, n° 509.

Achète ou loue vaste local droguerie laboratoire avec ou sans matériel, mélangeuses, malaxeuses, etc. Ecr. *P. M.*, n° 510.

Dame 40 a., présent. bien, ayant référ., fer. visites médic. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 511.

***AVIS.* — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.**

Le gérant : F. Amirault.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine).
Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

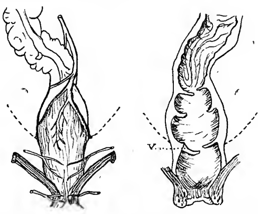
RÉFLEXIONS SUR LE CANCER SUS-VALVULAIRE DU RECTUM ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par le Prof. **Félix PAPIN**
(Bordeaux)

La conservation du sphincter dans le traitement de certains cancers du rectum a de tout temps suscité l'intérêt chirurgical, mais il est encore frappant de voir, à parcourir les statistiques opératoires, que les procédés employés à cet effet ne s'accordent pas toujours parfaitement avec ce que suggèrent les données anatomiques et anatomo-pathologiques. Le but de cet article n'est pas d'apporter des résultats statistiques ou des faits nouveaux. Il est d'essayer de préciser les conceptions avec lesquelles il faut aborder le traitement chirurgical des cancers qui permettent la conservation du sphincter.

Le terme de cancer ampullaire, suffisant en clinique, réunit au point de vue opératoire des cancers qui permettent la conservation sphinctérienne avec ceux qui ne la permettent pas. Le cancer qui, du point de vue lymphatique, permet de conserver le sphincter est, par définition même, celui dont la propagation ne risque pas anatomiquement de s'être faite dans le plancher périnéal, releveurs, sphincter, fosses ischio-rectales. C'est ce cancer que j'appelle ici sus-valvulaire pour apporter d'emblée une précision anatomique au terme habituel de cancer du « haut rectum ». Les deux figures ci-jointes que j'emprunte à MM. Villemin, Huard et Montagné montrent bien ce dont il s'agit. Ces auteurs [1] ont en effet parfaitement établi, après Wood Jones, qu'il existe dans le rectum une frontière lymphatique à peu près absolue séparant le réseau de la zone basse de celui de la zone haute ; cette frontière répond à la valvule de Houston la plus inférieure (3e valvule ou valvule recto-rectale) la plus importante, celle qui est constante. Je ne peux rappeler ici que les termes les plus essentiels de leurs recherches : « Des injections colorées de la zone anale progressent très facilement dans la muqueuse rectale, mais s'arrêtent à un moment donné, quels que soient leur nombre et la force avec laquelle elles sont poussées, laissant au-dessus d'elles une zone rectale absolument libre. Cet arrêt se produit toujours au niveau de la 3e valvule rectale. Une nouvelle piqûre dans la zone rectale injectée ne fait pas progresser davantage la masse colorée... Les injections pratiquées directement dans la muqueuse du haut rectum au-dessous de la 1re valvule (frontière recto-sigmoïdienne) font tache d'huile, s'étendant vers le bas et remplissant facilement tout le réseau du haut rectum ; mais elles s'arrêtent au niveau de la 3e valvule rectale... la limite est nette. Il n'y a pas de zone de transition... Quel que soit l'ordre dans lequel elles sont faites les injections donnent toujours les mêmes résultats. » Ainsi sont séparées nettement deux sortes de propagation lymphatique. Celle du bas rectum va à la fois au plancher pelvi-périnéal et vers le haut dans le mésosigmoïdien le long du pédicule mésentérique inférieur; celle du rectum sus-valvulaire va uniquement dans le méso-sigmoïdien le long du pédicule mésentérique inférieur, s'apparentant aux cancers coliques, ce qui est le fondement de l'opération de Hartmann. La 3e valvule de Houston, valvule recto-rectale, qui marque la frontière entre les deux, n'est point un repère clinique ni opératoire éclatant, mais la précision est utile. Sa situation est constante : elle se trouve immédiatement au-dessous du point le plus déclive du péritoine sur la face antérieure du rectum; en arrière son niveau correspondrait à peu près à l'articulation sacro-coccygienne.

Pratiquement quels sont ces cancers sus-valvulaires ? On convient généralement que ce sont ceux que le doigt n'atteint pas au toucher rectal. Finsterer a insisté sur ce critérium, qu'acceptent généralement les chirurgiens (Sénèque, Gaudart d'Allaines, etc.). L'inaccessibilité au doigt est en effet



Configuration extérieure du segment ano-rectal, vue postérieure (schéma du péritoine en pointillé). — Configuration intérieure du segment ano-rectal (demi-schématique). — V, troisième valvule de Houston.
(D'après Villemin, Huard et Montagné.)

un critère excellent, car il est sûr. Il risque peut-être d'être parfois un peu sévère, car en somme on a l'habitude d'explorer au toucher rectal les épanchements dans le Douglas ; aussi, dans certaines conditions, avec un périnée dépressible, chez un sujet maigre, un cancer que le doigt atteint peut parfaitement être un *cancer sus-valvulaire* et prêter à la conservation sphinctérienne s'il est tout à son début. Il faut en effet, je pense, tenir compte du degré du néoplasme ; s'il s'agit d'un cancer un peu avancé il est indispensable de ne tenter la conservation sphinctérienne que si la tumeur est complètement et nettement au-dessus du doigt ; si le cancer est tout à son début, avec une muqueuse parfaitement souple et mobile autour d'un néoplasme minime, il est possible de faire bénéficier de la conservation sphinctérienne certains néoplasmes parce qu'ils sont sus-valvulaires bien que le doigt les atteigne.

* * *

Pour ce cancer sus-valvulaire, qui permet légitimement d'essayer la conservation sphinctérienne, une seconde notion apparaît immédiatement, déduite elle aussi des données anatomiques précédentes : l'exérèse « de secteur lymphatique » d'un tel cancer ne peut être faite convenablement que par *voie abdominale*, puisque toute sa propagation se fait dans le mésosigmoïdien le long du pédicule mésentérique inférieur. C'est ici qu'on est frappé, dans les statistiques opératoires, par ces discordances auxquelles je faisais allusion au début entre ce que suggèrent les données anatomiques et anatomo-pathologiques et ce que réalisent parfois les chirurgiens. Il semble quelquefois que du moment que ce cancer va permettre la conservation sphinctérienne c'est qu'il est au début et d'extension médiocre et qu'en conséquence une opération par voie basse sera suffisante. Les notions rappelées plus haut de la propagation de ces cancers sus-valvulaires dans l'unique sens du pédicule mésentérique inférieur doivent faire conclure au contraire qu'un cancer dont le siège permet la conservation sphinctérienne est un cancer dont la propagation lymphatique et donc le champ d'exérèse est essentiellement abdominal. La « laparotomie au service de l'exérèse » apporte d'ailleurs ici un avantage technique singulièrement important pour faire en place optima les sections et ligatures artérielles destinées précisément à permettre l'abaissement intra-sphinctérien.

Quand nous méconnaissons cette nécessité, quand nous adoptons la voie basse pour conserver le sphincter, c'est-à-dire pour faire une « résection du rectum », nous sommes influencés plus ou moins consciemment par l'historique des techniques opératoires et par le souvenir de l'opération de Kraske. Je me permets de rappeler les termes mêmes de Kraske décrivant la résection par voie sacrée : « Quand on peut éviter l'ouverture du péritoine, dit-il, cela n'en vaut que mieux; mais s'il se déchire il n'y a pas lieu de s'en inquiéter outre mesure. » Il est évident que dans cette description, où l'ouverture du péritoine est présentée comme évitable, il s'agit de cancers « sous-valvulaires », de cancers bas situés, dont l'extension lymphatique dans le plancher pelvi-périnéal devait s'opposer en réalité à une résection avec conservation du sphincter. Les chirurgiens d'Europe centrale, en continuant avec persévérance à faire des résections, les appliquent en réalité à des cas très différents de l'initiateur de la méthode ; l'identité de la voie d'accès ne doit pas faire illusion, les cas choisis pour cette conservation sont devenus tout autres que du temps de Kraske.

Un point doit être souligné, où l'impression clinique fondée sur les guérisons après opérations coïncide aussi avec les recherches anatomiques. Ces cancers sus-valvulaires du rectum semblent bénéficier d'une propagation lymphatique moins agressive que ceux du bas rectum, même à ne considérer bien entendu que la seule propagation, commune aux deux localisations, qui se fait dans le méso-sigmoïdien le long du pédicule mésentérique inférieur. Les cancers du bas rectum sont susceptibles d'infecter des collecteurs lymphatiques longs qui sautent sans s'y arrêter les ganglions du promontoire et de la bifurcation hémorroïdale et peuvent aller d'emblée à la naissance de la mésentérique. Les cancers sus-valvulaires semblent n'avoir que des collecteurs lymphatiques courts qui s'arrêteraient toujours comme premier relai dans les ganglions de la bifurcation hémorroïdale (ganglions de Mondor), avant d'infecter ceux du mésosigmoïdien, d'où une moins grande rapidité de l'envahissement lymphatique. Finsterer [2] a écrit : « On affirme que par la conservation du sphincter le danger de récidive est plus grand et les résultats éloignés plus mauvais qu'après l'extirpation du sphincter. Mais les résultats de la clinique Hoehenegg, dans une statistique de plus de 1.000 opérations, sont contraires, puisque la résection a 37 pour 100 de guérisons et l'extirpation du sphincter seulement 31 pour 100. Même expérience à la clinique Kuttner : 42 pour 100 après résection, 36 pour 100 après extirpation du rectum. » Cette phrase de Finsterer prête à confusion. Si les résultats éloignés sont meilleurs après conservation du sphincter c'est que les néoplasmes qui permettent cette conservation

1. Villemin, Huard et Montagné : Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1925, 63, n° 1.

2. *La Presse Médicale*, 1er Avril 1939.

sont d'une moindre agressivité lymphatique. Ils s'apparentent ainsi aux cancers coliques.

Les notions exposées plus haut doivent suffire à faire considérer comme peu logiques les interventions où l'on opère par voie uniquement basse un cancer pour lequel on fera un abaissement intra-sphinctérien. Ces deux termes sont théoriquement en opposition. Pourquoi les statistiques en comportent-elles cependant en assez grand nombre ? Parce que le cancer sus-valvulaire du rectum ayant, comme je viens de le dire, une agressivité lymphatique moindre que d'autres, de telles opérations théoriquement insuffisantes sont cependant capables de fournir un bon résultat éloigné. Une telle opération par voie basse en réalité « joue la carte » d'une extension lymphatique non encore réalisée. Il est logique de faire bénéficier de cette chance possible les malades âgés ou tarés pour lesquels une intervention abdominale serait un trop gros risque. Mais ce ne peut pas être la règle comme méthode opératoire. Si la relative bénignité de l'agression lymphatique dans le cancer sus-valvulaire du rectum peut permettre la guérison après l'emploi de techniques parcimonieuses, il n'en est pas moins vrai que le sens de l'extension lymphatique d'un tel cancer commande logiquement l'exérèse par l'abdomen, cette voie d'accès facilitant en outre par les sections artérielles en bonne place l'abaissement intra-sphinctérien qu'un tel cancer permet.

* * *

La conclusion technique est connue. Pour associer une exérèse lymphatique abdominale à l'abaissement intra-sphinctérien de la sigmoïde lorsque sa longueur le permet, on dispose de deux procédés : *a*) ou bien l'opération purement abdominale qui après résection descend la sigmoïde restante par *intubation* dans le bas rectum ; *b*) ou bien l'opération *abdomino-sacrée*, je dirai plutôt personnellement *abdomino-coccygienne*, car lorsqu'on a fait par le ventre tout ce qui mérite d'y être fait on n'a pas besoin d'une grosse brèche osseuse pour finir l'exérèse et faire l'abaissement intra-sphinctérien. Tout cancer que l'on veut opérer avec conservation du sphincter doit logiquement être abordé par l'une ou par l'autre de ces deux techniques et non autrement...

Entre les deux le choix est une question de cas et d'habitude. L'opération par intubation abdominale est plus simple, elle donne des guérisons bien plus rapides ; j'ai dû après elle sectionner un rétrécissement au bistouri diathermique. L'opération abdomino-coccygienne permet peut-être de descendre plus bas et d'enlever plus facilement les tout à fait inférieurs des néoplasmes qui permettent la conservation sphinctérienne. Dans les deux cas on sait combien la rétraction du méso tendant à faire remonter la sigmoïde est le grand obstacle contre lequel il faut lutter. Comme cette rétraction s'exerce au maximum au niveau de la tranche de section du méso, il m'est arrivé, dans l'abdomino-coccygienne, de placer dans le sphincter non le bout terminal de la sigmoïde, mais un orifice latéral créé un peu à distance, à un endroit où la rétraction du méso se fait moins sentir dans les jours suivants. Ces questions techniques ne sont qu'un détail dans le tableau que j'ai essayé de préciser des cancers rectaux sus-valvulaires.

LE PROBLÈME DE LA TRANSMISSION OCCULTE DE LA SYPHILIS

Par **P. RIMBAUD**

(Montpellier)

Si la syphilis se révèle souvent par l'apparition des manifestations cutanéo-muqueuses des périodes primaire et secondaire elle n'est parfois découverte que fortuitement chez des sujets, des femmes en général, n'ayant à aucun moment présenté de symptômes caractéristiques du début de la maladie.

La possibilité d'une transmission occulte de l'affection est certes une notion classique, mais on en a méconnu l'extrême fréquence et les conséquences pathogéniques qui en découlent.

L'exemple le plus typique est manifestement fourni par la *syphilis conjugale* sur laquelle Galliot et Bertin ont particulièrement attiré l'attention. Lorsque l'infection tréponémique est découverte chez une jeune femme soit inopinément, à l'occasion d'un examen sérologique, soit à la suite d'avortements inexpliqués, *il est absolument exceptionnel* de retrouver dans les antécédents personnels de la malade des symptômes de syphilis primaire ou secondaire.

Il est habituel d'objecter que le chancre est souvent méconnu chez la femme (chancre du col), que les manifestations secondaires, roséole et papules, ont pu être discrètes et non identifiées, ou enfin que la malade a dissimulé l'existence d'une affection dont elle se savait atteinte.

Ces arguments ne peuvent être retenus devant la grande fréquence, *sinon la constance* des enquêtes négatives.

Le conjoint est pratiquement toujours un ancien spécifique insuffisamment traité, mais indemne de toute manifestation clinique, et dont les réactions sérologiques sont souvent normales.

Non moins instructive est également l'étude de la *syphilis latente des prostituées* (Bénech, Carriage) ; chez des femmes, soumises à une visite hebdomadaire et examinées minutieusement par des spécialistes, il n'est pas rare de constater le virage brusque ou progressif des réactions sérologiques ; la permanence et l'intensité de ces réactions permettent d'éliminer l'hypothèse d'une réactivation provoquée chez une ancienne spécifique, par une affection intercurrente par exemple.

Chez ces malades placées dans des conditions d'observation exceptionnellement favorables, on ne peut admettre qu'un chancre ou une roséole aient été méconnus.

Cliniquement il est donc démontré que la syphilis *peut se transmettre d'une façon insidieuse*, qu'elle traverse une longue période de latence, jusqu'au moment où l'on assiste à une rupture de l'équilibre entre les défenses de l'organisme et la virulence du tréponème et à l'apparition d'accidents spécifiques du type tertiaire cutanés ou viscéraux.

On s'étonne que cette nation, si facilement admise pour le germe tuberculeux, ne soit pas plus longuement développée dans les ouvrages classiques ou au cours de l'enseignement théorique oral.

Le danger de cette syphilis latente réside surtout dans le fait que l'affection peut évoluer sans provoquer le virage des réactions sérologiques. La preuve en est donnée par les remarquables résultats du traitement spécifique sur le développement de la grossesse chez des jeunes femmes ayant présenté antérieurement plusieurs avortements spontanés et dont le Bordet-Wassermann est négatif.

Il est beaucoup plus rare qu'une femme indemne de toute manifestation clinique transmette à son partenaire une syphilis majeure avec ses manifestations primo-secondaires habituelles. Toutefois Durel, dans son intéressante thèse sur les porteurs de germes en vénéréologie, a pu rassembler 7 observations assez démonstratives.

Gougerot a également rapporté 2 cas typiques « de syphilis cliniquement et humoralement muettes et cependant virulentes », transmises à l'enfant ou au conjoint.

Le mode de contagion de cette forme de syphilis est encore mal précisé, mais certaines hypothèses, émises et confirmées par la suite, concernant le problème de la syphilis inapparente chez l'animal, peuvent sans nul doute s'appliquer à l'infection humaine.

Il est à peu près certain que la transmission occulte de la syphilis s'effectue par le sperme. Les premières observations de Pinard (1910) sur la présence du tréponème dans le liquide spermatique ont reçu depuis maintes confirmations. Uhlenhuth, au cours d'expériences sur la syphilis du lapin, infecte l'animal par l'injection de sperme dans le vagin. Kertesz inocule également au lapin du sperme de sujets présentant une syphilis latente : il obtient 4 cas positifs sur 25. Eberson et Engmann, après avoir examiné sans résultat à l'ultra-microscope du sperme humain, obtiennent par inoculation 3 cas positifs sur 14. Si donc il est prouvé que même en l'absence de toute orchite syphilitique le tréponème existe dans le liquide séminal, ne peut-on pas admettre une contamination *a minima* par un très petit nombre de parasites incapables de provoquer une infestation massive de l'organisme ? Ici encore l'analogie avec l'infection tuberculeuse est manifeste.

Or, Bessemann, Van Haelst et Hulde ont démontré que chez le lapin, à la suite d'injections intra-testiculaires d'une émulsion de syphilomes tertiaires, on pouvait, à partir d'une certaine dilution, obtenir une syphilis inapparente, confirmant ainsi la notion « de seuil » déjà signalée par Gastinel et Pulvenis.

Une autre hypothèse est de rechercher dans l'origine de cette transmission occulte non point le tréponème dans sa forme spiralée mais dans sa *forme granulaire* (granules argentophiles) dont l'existence et le rôle dans le cycle du spirochète sont désormais démontrés par les travaux de Levaditi, Lépine, Manouélian, Clément Simon, Séguin, Mollinedo.

Ainsi s'éclairerait également le problème de la *syphilis conceptionnelle*. La majorité des syphiligraphes et des pédiatres refusent d'admettre la contamination de la mère par le produit de la fécondation. L'objection habituellement formulée est l'impossibilité pour un tréponème de se loger dans la tête d'un spermatozoïde ou le faible pouvoir fécondant de ce dernier ainsi parasité.

Pourquoi ne pas admettre la contamination de l'œuf par la forme granulaire et peut-être même par la forme filtrante du tréponème ? Au cours des cinq premiers mois s'effectuerait le cycle d'évolution du spirochète, ce qui expliquerait que l'on n'ait jamais trouvé de formes spiralées chez le fœtus avant cette date. Quelques tréponèmes seraient ensuite véhiculés dans le sang maternel, une infection *a minima* se développerait, insuffisante pour provoquer des accidents secondaires mais déterminant une réaction humorale qui se manifeste dans la loi de Colle Baumes (immunité de la mère vis-à-vis de son enfant atteint de syphilis) et par le virage fréquent des réactions sérologiques.

Il est enfin un dernier facteur à envisager, la *résistance* particulière du vagin aux infections. L'acidité des voies génitales inférieures entrave le développement du tréponème, germe particulièrement sensible aux modifications du PH et qui, par ailleurs, franchit difficilement le revêtement épithélial, souvent pavimenteux, de cette muqueuse. D'autre part les sécrétions utérines physiologiques ou pathologiques sont également tréponicides.

La comparaison qui s'impose immédiatement est celle d'avec le chancre mou et la maladie de Nicolas-Favre, affections rarement constatées chez la femme qui cependant transmet le germe ou le virus et peut présenter plus tardivement (lymphogranulomatose) des complications rectales caractéristiques.

Conclusions. — Il semble donc démontré aujourd'hui que la syphilis acquise se développe chez la femme avec une *fréquence au moins égale* selon deux modes de contamination, ainsi que l'avait pressenti Bertin :

1° *Par contamination majeure :* des accidents primaires ou secondaires très riches en tréponèmes dans leurs formes spiralées transmettent une syphilis majeure, s'accompagnant d'une septicémie importante et de manifestations cutanées et muqueuses.

2° *Par contamination mineure :* l'agent contaminateur est pratiquement toujours un ancien spécifique, cliniquement indemne de toute manifestation contagieuse. Elle s'effectue probablement :

soit par transmission de formes spiralées, en nombre insuffisant pour provoquer une syphilis majeure, ou mises dans l'incapacité de se multiplier du fait de la résistance des voies génitales ;

soit par une forme non spiralée : granules argentophiles, forme filtrante ;

soit par l'intermédiaire de l'embryon et du fœtus (syphilis conceptionnelle).

Cette contamination mineure est exceptionnelle chez l'homme.

BIBLIOGRAPHIE

BERTIN : Réunion dermatologique, Strasbourg, 10 Mai 1936. — CARRIAGE : *Thèse de Paris*, 1939, n° 356. — GOUGEROT et S. BOULLE : *Journal des Praticiens*, 27 Août 1938. — UHLENHUTH : Réunion dermatologique, Strasbourg, 10 Mai 1936. — KERTESZ : *British journal of Derm. and Syph.*, 1931, 588. — BESSEMANN : Réunion dermatologique, Strasbourg, 10 Mai 1936. — LEVADITI : *C. R. Soc. Biologie*, 12 Avril 1941. — SÉGUIN : *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1939, 40, n° 10, et *C. R. Soc. Biol.*, 28 Juillet 1941. — MOLLINEDO : *Thèse Faculté des Sciences*, Paris, 1941.

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LE DI-PHÉNYL-HYDANTOÏNATE DE SOUDE

PAR MM.

RISER, GAYRAL et GUY

Nous avons choisi 50 malades, atteints d'épilepsie dite « essentielle », suivis depuis plusieurs années, surveillés de très près, et qui ont été traités par le 5,5 di-phényl-hydantoïnate de soude (D.P.H.S.), sous forme de « Solantyl » en comprimés de 0 *g.* 10.

Tous ces malades ont été d'abord longuement traités par de hautes doses de barbituriques, variant de 0 *g.* 30 à 0 *g.* 50 par jour, pour des adultes, avec des résultats médiocres en ce sens que crises complètes et équivalents n'étaient pas supprimés, mais seulement diminués.

1° *La substitution complète des barbituriques par le D.P.H.S.* a été tentée chez 12 malades ;

2° Un état de mal important et souvent dramatique est apparu dans 15 pour 100 des cas, parce que la substitution était trop rapide (vingt-quatre à quarante-huit heures).

Une substitution complète, mais lente, en un mois a été tentée chez 8 malades : 0 *g.* 30 de gardénal ont été remplacés par 0 *g.* 30 à 0 *g.* 50 de D.P.H.S. Un état de mal seulement fut observé alors que 0 *g.* 40 de solantyl était absorbé (adulte de 65 *kg.*) depuis sept jours ; il suffit alors de donner 0 *g.* 10 de gardénal en supplément pour juguler les crises.

C'est pourquoi nous préférons une substitution partielle :

Nous maintenons d'abord la dose habituelle de barbituriques en y adjoignant 10 *cg.* de D.P.H.S. pendant dix jours, puis 20 *cg.* pendant cinq jours ; c'est alors seulement que le barbiturique est progressivement diminué de 5 *cg.* par semaine.

Après une quinzaine, on donne 10 nouveaux centigrammes de D.P.H.S. et on continue la même diminution progressive du gardénal. *Nous n'avons jamais complètement supprimé le barbiturique*, et nous en donnons régulièrement une dose de base : 10 *cg.* de gardénal, en une fois, dès le réveil. Le solantyl est pris à la dose de 0 *g.* 30 à 0 *g.* 50 (1 comprimé = 0,10) en deux fois, au milieu des deux grands repas, continuellement, même pendant les règles.

En utilisant cette technique, nous n'avons plus observé un seul état de mal lors de la substitution et l'action bienfaisante nous paraît être au maximum.

3° *Nous n'avons pas observé un seul cas fâcheux d'intolérance* depuis deux ans, ni céphalées constantes, ni troubles digestifs, ni érythrodermies. Signalons seulement quelques cas de stomatite.

4° *Les malades n'ont été soumis à aucun régime alimentaire particulier.*

5° *Action thérapeutique.*

a) *Grandes crises complètes*, avec chute : 10 adultes, épilepsies anciennes, du jeune âge, crises très fréquentes, 3 à 10 fois par mois, malgré 0 *g.* 30 à 0 *g.* 50 de barbituriques *pro die*. On donne 0 *g.* 10 à 0 *g.* 15 de gardénal + 0 *g.* 30 à 0 *g.* 40 de D.P.H.S. Chez 3 malades, suppression complète des crises depuis un à deux ans ; amélioration importante : 2 cas ; aucune action chez les autres (tous les examens, y compris ventriculo, ont été négatifs).

b) *Perte brutale de conscience et chute, sans phénomènes tonico-cloniques.* — 2 adolescents : 8 à 20 crises par mois résistant à 0 *g.* 30 de gardénal sont supprimées complètement depuis deux ans par 0 *g.* 10 + 0 *g.* 40 de D.P.H.S. La diminution de la dose quotidienne de D.P.H.S. fait apparaître les crises au bout de deux jours.

c) *Grands équivalents moteurs* (déviation conjuguée tête et yeux, phénomènes jacksoniens). — 6 adultes, subissant 12 à 30 crises mensuelles de ce type, résistant à 0 *g.* 30-0 *g.* 40 de gardénal ou 0 *g.* 20 + 4 à 6 *g.* de NaBr. Le traitement par 0 *g.* 10 de gardénal + 0 *g.* 30 à 0 *g.* 40 de D.P.H.S. a complètement supprimé les crises chez 2 malades depuis un an, amélioration importante chez un autre. Aucun changement chez les 2 derniers (E. anciens, remontant à l'enfance, ventriculo normale).

d) *Petits équivalents, absences simples.* — 22 malades, ayant 1 à 10 absences par jour, ont été traités sans résultat par 0 *g.* 30 de gardénal pendant un à trois mois, puis soumis au traitement mixte, 0 *g.* 10 de gardénal et 0 *g.* 30 à 0 *g.* 40 de D.P.H.S. 6 seulement ont vu diminuer considérablement les absences (de 75 pour 100 au moins, résultat qui dure depuis un an). Chez 2 autres, diminution de 25 à 30 pour 100, échec complet chez les 12 autres malades. 2 de ceux-ci, *proprio motu*, ont porté les doses de D.P.H.S. à 0 *g.* 60 par jour, sans inconvénient, mais sans résultat.

e) *Actes automatiques incoordonnés.* — Chez 5 malades très gardéno-résistants, 2 améliorations, 1 transformation de ces crises en absences prolongées, 2 échecs absolus.

f) *Actes automatiques coordonnés, très certainement comitiaux.* — 2 malades tout à fait gardéno-résistants, aucune amélioration.

g) *Impulsions psychiques, type impulsif violent.* — 3 malades traités par de hautes doses de D.P.H.S. variant de 0 *g.* 50 à 0 *g.* 70 sans résultat.

h) *Troubles caractériels habituels.* — Dans l'ensemble, pas de modifications très importantes.

N. B. — Nous avons commencé à traiter plusieurs cas *d'épilepsie symptomatique*, principalement après blessure du cerveau remontant à 1914-1918, chez des sujets indemnes d'alcoolisme et peu améliorés par les barbituriques pris très régulièrement à la dose de 0 *g.* 20 à 0 *g.* 40.

2 de ces blessés ont été extraordinairement transformés par notre méthode d'application :

Premier blessé : avec 0 *g.* 30 de gardénal : 5.000 absences, 300 grands équivalents jacksoniens, 5 grandes crises par an ; avec 0 *g.* 10 de gardénal et 0 *g.* 30 de D.P.H.S. : 30 absences, 10 équivalents jacksoniens, 1 grande crise par an.

Second blessé : avec 0 *g.* 40 de gardénal il a : 3.000 absences, 200 équivalents jacksoniens, 12 grandes crises par an ; avec 0 *g.* 10 de gardénal et 0 *g.* 40 de D.P.H.S., en 1942, il a eu : 10 absences, 3 à 5 équivalents, plus de grandes crises.

CONCLUSIONS. — Appliqué dans les conditions que nous avons précisées chez 50 malades particulièrement gardéno-résistants, le 5,5 D.P.H.S. à la dose de 0 *g.* 30 à 0 *g.* 40 par jour, associé à 0 *g.* 10 de gardénal, dose de base, a donné des résultats durables dans une proportion élevée de cas, concernant toutes les variétés du mal comitial. Cependant les équivalents psychiques, troubles caractériels, actes automatiques incoordonnés, ont été dans l'ensemble assez peu influencés.

(Clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Toulouse.)

L'ACTION DIURÉTIQUE DU BENZOATE DE DIÉTHANOLAMINE

PAR MM.

L. DAUTREBANDE, R. CHARLIER et E. PHILIPPOT

(Liége)

Les éthanolamines ont été étudiées quant à leurs propriétés diurétiques par Chabrol, Cottet et Sallet (1) qui se sont servis de divers sels de diéthanolamine. L'acétate de diéthanolamine injecté par voie veineuse au rythme de 50 à 100 cm^3 à l'heure en solution à 20 pour 100 dans l'eau distillée augmente considérablement le débit urinaire ; celui-ci peut sextupler. Pour les mêmes auteurs, le benzoate de diéthanolamine a un pouvoir diurétique moins marqué. Ils signalent de plus que dans ces conditions expérimentales, les sels étudiés sont dépourvus, chez le chien, de toxicité pour le rein, car le sacrifice des animaux montre des reins non congestionnés et ne présentant pas les distensions parenchymateuses ni les raptus hémorragiques que donne, dans les mêmes conditions, la diéthylamine base.

Au cours d'une étude générale de la pharmacodynamie de la diurèse (2) nous avons également envisagé, chez le chien anesthésié à la chloralosane, l'action des injections intraveineuses de benzoate de diéthanolamine[1] sur la diurèse ; en même temps que la diurèse, on relève pression artérielle, respiration et volume rénal selon les techniques habituelles (3).

Deux solutions de titre différent ont été utilisées : la solution hypertonique à 50 pour 100 employée en clinique et la solution isotonique à 6,8 pour 100 ; toutes deux ont été administrées, soit rapidement, soit lentement, par voie intraveineuse en quantité variant entre 2 et 10 cm^3, le plus souvent 5 cm^3.

La solution hypertonique, injectée lentement, soit à la vitesse moyenne de 1 cm^3/minute, engendre le plus souvent une augmentation très modérée de la pression artérielle qui se stabilise rapidement en plateau pour diminuer ensuite progressivement. La respiration subit des modifications en sens divers : tantôt elle augmente en amplitude et fréquence, tantôt elle diminue d'une manière modérée. Parfois, même quand l'injection est poussée lentement, on observe au contraire une chute modérée de la pression artérielle qui est d'ailleurs passagère et s'accompagne alors d'une diminution parfois accentuée de la respiration ; la pression artérielle remonte ensuite progressivement tandis que la respiration reprend ses caractères initiaux et que bientôt l'hypopnée fait place à une excitation respiratoire intéressant tant l'amplitude que la fréquence des mouvements. Il est à remarquer que l'injection de la solution hypertonique de benzoate de diéthanolamine dans les veines ne doit jamais être faite rapidement, cette manière d'opérer entraînant régulièrement une chute notable de la pression artérielle qui s'accompagne toujours d'une hypopnée assez durable.

C'est la fonction diurétique qui se trouve le plus remarquablement influencée par le benzoate de diéthanolamine hypertonique. Toujours cette solution augmente la quantité des urines émises dans des proportions souvent considérables et pour une durée appréciable. Cette hyperurie va de pair avec une augmentation notable du volume du rein lorsque la pression artérielle ne s'abaisse pas ou ne s'abaisse que très légèrement. Voici quelques exemples de ces faits expérimentaux.

Si, chez un animal de 10 kg. (fig. 1) et qui accuse une diurèse initiale de VII et IX gouttes d'urine par minute, on injecte par voie intraveineuse 5 cm^3 de diéthanolamine à 50 pour 100 durant deux minutes, on voit apparaître, déjà durant l'injection, une augmentation assez nette et progressive du volume du rein qui s'accompagne d'un accroissement de la diurèse (XIV gouttes/minute). L'injection terminée, le rein continue à se dilater progressivement jusqu'à un maximum atteint près de cinq minutes après la fin de l'injection ; en même temps la diurèse s'accroît aussi progressivement pour atteindre sa valeur la plus forte au maximum de rénodilatation (XXX gouttes/minute). A partir d'ici, tandis que la pression artérielle se maintient étale et que la respi-

1. Des Etablissements Albert Couvreur, Bruxelles.

ration augmente progressivement en amplitude, le volume du rein revient insensiblement à son point de départ en même temps que la diurèse se réduit également, tout en conservant cependant une valeur nettement supérieure à la valeur initiale (XXI gouttes/minute). Cette expérience permet, en face d'une rénodilatation avec hyperurie, coexistant avec une pression artérielle normale, de conclure que le benzoate de diéthanolamine, injecté à la concentration de 50 pour 100 et à la dose de 5 cm^3, lentement, par voie intraveineuse, est diurétique par augmentation du sang intrarénal, sans préjuger (eu égard à la persistance de l'hyperurie malgré le retour du volume rénal à la normale) d'une éventuelle action antiréabsorbante portant au niveau des tubuli ni de l'action sur le volume plasmatique et la pression osmotique des protéines de la seule hypertonicité du liquide injecté.

Chez un autre chien à diurèse normalement faible (III gouttes/minute), on injecte en une minute 3 cm^3 de diéthanolamine hypertonique : rapidement l'action diurétique se manifeste dans toute sa puissance, les valeurs de diurèse, notées de minute en minute dès la fin de l'injection, s'établissant successivement comme suit : I goutte, VII gouttes, puis XVII, XXI, XVI, XI, IX, X et VIII gouttes d'urine par minute.

S'il est constant que le benzoate de diéthanolamine est diurétique lorsqu'il est administré sous forme de solution hypertonique, il n'en est pas moins vrai que la solution isotonique peut être douée, elle aussi, d'une manière moins accentuée toutefois, de la même action. C'est ce que montre l'expérience suivante où, chez un chien à diurèse faible (I à II gouttes par minute), l'injection en une minute de 2 cm^3 de diéthanolamine isotonique augmente progressivement la diurèse jusqu'à une valeur moyenne de VI gouttes/minute dès la dixième minute après la fin de l'injection. Dans une autre expérience, la diurèse notée à VI gouttes d'urine par minute avant l'injection de 5 cm^3 de diéthanolamine isotonique monte rapidement à une valeur moyenne d'une douzaine de gouttes par minute. Un autre chien dont la diurèse initiale est de IV-V gouttes par minute reçoit par voie intraveineuse 5 cm^3 d'une solution isotonique de benzoate de diéthanolamine en une minute et demie ; déjà avant la fin de l'injection, la diurèse présente une augmentation brusque (XXI gouttes). Ces hyperuries consécutives au benzoate de diéthanolamine isotonique ne coïncident jamais avec une augmentation du volume du rein. Cette absence d'augmentation du volume du rein permet ici encore de supposer l'existence d'une action antiréabsorbante portant sur les tubuli du rein.

En attendant des recherches urinaires qualitatives, notamment chez des chiens à reins transplantés (technique de Govaerts-Brull), on peut donc concevoir que, indépendamment de l'action de l'hypertonicité (dans le cas de la solution à 50 pour 100), le mécanisme présidant à l'action diurétique du benzoate de diéthanolamine trouve son origine à la fois dans une augmentation de la quantité de sang qui passe au niveau du rein dans l'unité de temps à la suite de l'apparition d'une vasodilatation rénale et dans une action antiréabsorbante tubulaire.

Une dernière expérience apporte confirmation de l'action diurétique du benzoate de diéthanolamine, modérée lorsque la solution utilisée est isotonique, plus forte lorsque la solution injectée est hypertonique. Un chien dont la diurèse initiale est de V gouttes par minute reçoit dans les veines 5 cm^3 d'une solution isotonique en deux minutes ; dès la quatrième minute après la fin de l'injection, la diurèse est déjà à une valeur moyenne de VII à VIII gouttes par minute sans augmentation du volume rénal. A ce moment, on administre en l'espace de trois minutes la même quantité de benzoate de diéthanolamine mais en solution à 50 pour 100 ; la diurèse monte insensiblement à XI, XIII puis XVIII gouttes par minute, valeur atteinte sept à huit minutes après la fin de l'injection pour retomber à une valeur moyenne de XII gouttes près de douze minutes après la fin de l'injection et se stabiliser à cette valeur durant plusieurs minutes. Le volume rénal augmente dès la fin de l'injection mais retombe à la normale (comme en fig. 1) assez rapidement. Ce retour du tracé oncographique au point de départ, malgré la persistance de l'hyperurie, est ici encore le signe d'une action antiréabsorbante probable. A notre connaissance, la stabilité du volume rénal contemporaine d'une hyperurie ne se rencontre en effet qu'après diurétiques mercuriels.

La vasodilatation rénale constitue cependant le mécanisme dominant de l'action diurétique du benzoate de diéthanolamine hypertonique. En effet, non seulement la diurèse est toujours beaucoup plus forte lorsque le rein se dilate, mais encore, dans les cas de diminution spontanée ou médicamenteuse de la diurèse, l'injection intraveineuse de benzoate de diéthanolamine hypertonique peut avoir un effet diurétique marqué là où une même quantité de solution isotonique reste sans effet. Voici 2 expériences à ce sujet. Chez un chien anurique, une injection intraveineuse de 10 cm^3 de benzoate de diéthanolamine isotonique en deux minutes et demie reste sans effet sur la diurèse. On tente alors une injection intraveineuse de 10 cm^3 de la solution hypertonique : durant quatre minutes, la diurèse est absente mais le volume du rein accuse une augmentation très nette, suivie bientôt de la réapparition de la diurèse, laquelle atteint successivement les chiffres de III, VII, XI et XIII gouttes par minute. Chez un autre animal en hypo-urie grave (I à II gouttes par minute), une injection lente de 10 cm^3 de la solution isotonique en deux minutes n'engendre qu'une très légère augmentation de la diurèse ; l'injection rapide de 2 cm^3 de la solution hypertonique n'engendre qu'une augmentation transitoire de la diurèse (VII gouttes en deux minutes). La diurèse retombant aussitôt à la valeur de I goutte/minute, on réinjecte en deux minutes 5 cm^3 de la solution hypertonique ; dès la fin de l'injection, on voit survenir une hyperurie, le nombre de gouttes d'urine étant successivement de IV, V, X et XVIII gouttes/minute. Chez le même animal soumis à de nombreuses injections médicamenteuses, la diurèse cesse complètement durant plusieurs minutes ; pas plus l'administration de 5 cg. de caféine que celle de CO^2 à la dose de 1 litre/minute (4) ne modifie la diurèse. A ce moment, on injecte très lentement dans les veines (en sept minutes) 10 cm^3 de benzoate de diéthanolamine hypertonique ; déjà au cours de l'injection, le volume du rein, fortement diminué, réaugmente très lentement mais d'une manière progressive en même temps que la diurèse s'accélère au point qu'elle est notée à XIV gouttes à la fin de l'injection, puis successivement à XXII gouttes à la quatorzième minute après la fin de l'injection, à XXIX gouttes à la dixième minute et à XXXVIII gouttes à la onzième minute, moment où l'on cesse l'administration de CO^2 ; malgré la suppression du CO^2, la diurèse va en s'accroissant progressivement, atteignant L gouttes par minute à la seizième minute après la fin de l'injection. Durant cette augmentation continue de la diurèse, le volume du rein a gagné progressivement en importance et lorsque la diurèse a atteint la valeur moyenne d'une cinquantaine de gouttes par minute, la rénodilatation observée est importante et stable.

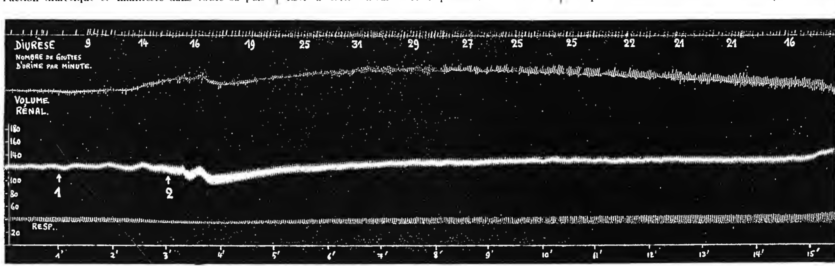


Fig. 1. — *Influence du benzoate de diéthanolamine en solution hypertonique sur la diurèse, le volume rénal, la pression artérielle et la respiration.*
Chien 10 kg. (13 Janvier 1943). De 1 à 2, injection intraveineuse, en deux minutes, de 5 cm^3 d'une solution à 50 pour 100 de benzoate de diéthanolamine. Temps : minutes.

Enfin l'action diurétique du benzoate de diéthanolamine hypertonique peut être telle qu'elle peut lever l'anurie provoquée par une dose antidiurétique d'un mercuriel ; chez un animal qui accuse une diurèse de XII gouttes/minute, on injecte rapidement par voie intraveineuse 1 cm^3 de salyrgane qui, comme à l'habitude, engendre une hypo-urie grave (4). A ce moment, on injecte 5 cm^3 de diéthanolamine hypertonique : immédiatement et parallèlement à une reprise rapide du volume du rein, la diurèse s'accélère et atteint déjà la valeur de XXV gouttes par minute près de sept minutes après l'injection de diéthanolamine. Une deuxième injection de 5 cm^3 de diéthanolamine hypertonique faite à ce moment engendre une nouvelle augmentation de la diurèse qui est notée à XXXVII gouttes/minute endéans les cinq minutes suivant la deuxième injection, valeur qui se maintient durant plus de cinq minutes.

Il apparaît donc que, chez le chien anesthésié à la chloralosane, le benzoate de diéthanolamine injecté par voie intraveineuse, soit sous forme d'une solution hypertonique (à 50 pour 100), soit sous forme d'une solution isotonique (à 6,8 pour 100) à la dose de 2 à 10 cm^3, engendre une accélération souvent considérable de la diurèse ; cette action diurétique trouve principalement son explication dans une augmentation de la quantité de sang qui passe au niveau des glomérules ainsi que probablement dans une action antiréabsorbante portant sur les tubes urinifères.

BIBLIOGRAPHIE

(1) CHABROL, COTTET et SALLET : *C. R. Soc. Biol.*, 1939, 131, 637. — (2) DAUTREBANDE, PHILIPPOT et DALLEMAGNE : *Introduction à l'étude de l'Anesthésie*. 1 vol. de 920 p. (*Masson*, édit.). — (3) DAUTREBANDE, PHILIPPOT, NOGARÈDE et CHARLIER : *Travaux pratiques et Démonstrations de Pharmacodynamie*, 1 vol. de 194 p., 2e édit. (*Masson*, édit.), 1942. — (4) DAUTREBANDE, PHILIPPOT, NOGARÈDE et CHARLIER : *Archiv. intern. Pharmacodynamie et Thérapie*, 1939, 62, 445.

LE RÉGIME CAROTINOGÈNE
DANS
LE TRAITEMENT DES HYPERTHYROÏDIES

Par **Y. BOQUIEN**
(Nantes)

Les conditions actuelles de l'alimentation, entraînant une consommation sinon quantitativement anormale, au moins disproportionnée de légumes verts, ont permis l'étude d'un curieux syndrome jusqu'ici fort rare, mais aujourd'hui relativement banal : la carotinémie. A peine cet état mérite-t-il le nom de maladie, puisqu'il ne présente par lui-même pas d'inconvénient apparent : c'est plutôt une manière d'être qu'une affection. Et, si les sujets qui en sont atteints se décident à consulter, c'est parce que leur entourage, quand ce n'est pas leur médecin traitant, les a déclarés atteints de jaunisse.

La multiplication de ces cas a permis leur étude biologique qui n'avait été jusque-là qu'ébauchée et, parmi les investigations pratiquées, une s'est montrée à peu près constante dans ses résultats : le métabolisme basal des carotinémiques est assez fortement abaissé. Ruppai et Rosenfeld, Cornil et Combe ; Brulé, Hillemand et Carlotti en ont rapporté des exemples.

Cette constance ne saurait être mise exclusivement sur le compte de la sous-alimentation, car un carotinémique peut présenter un abaissement du M. B. alors même qu'il n'a aucune diminution de son poids habituel, et aucun signe de carence. Il semble donc bien que la diminution du M. B. soit le seul fait de l'excès de carotène dans l'organisme.

Aussi nous a-t-il paru logique d'essayer, dans le traitement des hyperthyroïdies, de surcharger l'organisme en carotène. Cette façon de faire nous a semblé d'autant plus rationnelle que la thérapeutique de la maladie de Basedow par la vitamine A, dont le carotène est la provitamine, a été entreprise avec de bons résultats. L'impossibilité actuelle de se procurer de la vitamine A, et par contre la facilité relative avec laquelle on peut obtenir les légumes riches en pigment carotinique, nous ont tout naturellement conduit à utiliser le régime carotinogène comme traitement exclusif ou d'appoint des hyperthyroïdies.

Dans la pratique, nous nous sommes adressé aux carottes, absorbées à midi sous forme cuisinée, le soir sous forme passée dans le bouillon de légumes. En été nous avons adjoint à ce régime des courges, dont on sait le rôle carotinogène, attesté par certaines habitudes régionales[1], les salades, les épinards. D'une façon générale, tous les légumes verts sont à conseiller, le carotène et la chlorophylle semblant intimement associés[2] : la quantité de chlorophylle est un test du contenu des légumes verts en carotène. Voici, à titre indicatif, la teneur en carotène de différents légumes, d'après Heupke :

	MILLIGRAMMES pour 100 g.
Haricots verts	1,4
Carottes	8,4
Epinards	8 à 24
Laitue	[illegible]
Choux verts	4
Tomates	6

Enfin, nous avons recommandé à nos malades qui pouvaient suivre cette prescription (mais ils étaient malheureusement bien peu nombreux) d'y adjoindre l'absorption d'aliments gras, de nombreux auteurs ayant souligné que cette association augmentait la facilité d'apparition et l'intensité de la carotinémie. Notons au passage que ce fait est sans doute à rapprocher de l'hypocholestérolémie de règle dans la maladie de Basedow et, inversement, de l'hypercholestérolémie de l'insuffisance thyroïdienne et de la carotinémie. Parmi les lipides, une sélection est donc à faire, et c'est à ceux des aliments particulièrement riches en cholestérol qu'il est logique de s'adresser : œufs, abats et particulièrement cervelle, etc... Mais, bien que notre impression confirme l'opinion de Barbier, Masquin et Piquet ; de Mondou et Cras, notre expérience est trop courte pour pouvoir tabler sur les rares malades qui ont pu bénéficier de ce régime d'appoint. Nous aurons donc surtout en vue ici ceux d'entre eux qui ont été soumis au seul régime carotinogène végétal, et ce sont les résultats de ce régime que nous voudrions indiquer dans leurs grandes lignes.

Il faut noter tout d'abord que ce régime n'a été que rarement utilisé à l'état isolé : le plus souvent nous y avons associé une cure médicamenteuse, solution de Lugol très faible à petites doses fractionnées, di-iodotyrosine par cures intermittentes, sédatifs nerveux. Le repos a été prescrit chaque fois que l'existence du malade le permettait. Il nous a paru, dans toute une série d'observations dont le détail n'a pas sa place ici, que le régime carotinogène renforçait considérablement l'action des médications usuelles et pouvait avantageusement se substituer entièrement à elles pendant les longues périodes de cessation thérapeutique que nous avons instituées chez nos malades. Nous avons successivement essayé chez certains d'entre eux : le traitement iodé seul, le régime carotinogène seul, ou l'association de ces deux thérapeutiques. Il n'est pas douteux que cette dernière méthode est celle qui nous a le mieux réussi, le régime étant prescrit de façon continue, et l'iode une semaine sur deux par exemple. L'amélioration est rapide et porte sur les symptômes les plus marquants et aussi les plus pénibles de la maladie : goitre, tachycardie, modifications du psychisme, courbe du poids. Les circonstances actuelles ne nous ont pas permis de faire des M. B. sériés, ni de pratiquer un bilan humoral complet (et spécialement lipidique) avant et pendant le traitement ; c'est donc avant tout sur des observations cliniques qu'est basée notre opinion sur l'influence bienfaisante du régime carotinogène. Et nous n'avons pas vu jusqu'ici d'exceptions à cette règle. Nous pouvons en particulier citer le cas d'une malade traitée depuis plus d'un an par le traitement classique sans amélioration marquée, et qui, du jour où le régime carotinogène fut institué, vit se produire dans son état une transformation, bien que le volume de son corps thyroïde ne fût que légèrement diminué ; mais la reprise de poids, l'état général de bien-être, le ralentissement du pouls, la disparition de l'anxiété, tout cet ensemble témoignait d'une modification profonde de son état.

Chose curieuse, la pigmentation générale ou même palmo-plantaire n'est pas une condition indispensable de l'amélioration; et même, nous devons dire que cette coloration n'a pas été obtenue dans la moitié des cas. Il semble qu'il y ait une certaine difficulté à pigmenter ces malades, peut-être parce que la teneur de leur organisme en carotène est anormalement basse; et ceci rapprocherait cet état de ce que l'on observe dans d'autres carences, par exemple chez les scorbutiques, dont la saturation en vitamine C ne peut être obtenue qu'au prix de doses considérables de vitamine. Ici, nous avons un test de saturation facile à apprécier; c'est l'imprégnation cutanée, palmo-plantaire d'abord, généralisée ensuite; ce signe est rarement observé dans cette catégorie de malades.

On sait d'ailleurs que les dosages pratiqués par certains auteurs ont montré des taux anormalement bas de vitamine A dans l'hyperthyroïdie; mais on ne peut conclure *a priori* de la vitamine A au carotène. Là encore des dosages précis seront à faire, qui permettront de se faire une idée plus exacte de l'évolution de la courbe de carotinémie dans le traitement des hyperthyroïdies par le régime carotinogène.

Bien des points restent donc à élucider, d'autant plus que le mécanisme d'action du régime carotinogène nous échappe complètement. Cette action ne fait que renforcer un fait bien acquis sur le terrain expérimental, comme en clinique humaine : le lien étroit qui associe la vitamine A et sa provitamine, le carotène, avec le fonctionnement de la glande thyroïde ; nous avons un moyen facile, même actuellement, d'appliquer cette relation au traitement de la maladie de Basedow, de même qu'inversement les extraits thyroïdiens ont déjà été utilisés pour supprimer la carotinémie.

1. KISTIATOWSKI : *Ann. Derm. et Syph.*, 1936, **7**, 191-197.
2. BESSEY et WOLBACH : Vitamin A. Physiol. and Pathol., *J.A.M.A.*, 18 Juin 1938, 2072-2080.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

L'ILÉUS SPASMODIQUE

Bien connu et décrit par les auteurs anciens, l'iléus spasmodique avait tendance à ne plus être considéré par les classiques que comme une simple vue de l'esprit.

Si Lejars en rapportait quelques observations dans son *Traité de Chirurgie d'urgence*, par contre Guinard, dans le *Traité de Chirurgie*, s'exprime en ces termes : « On a parlé aussi d'un pseudo-étranglement qui serait dû à une contracture spasmodique des tuniques musculaires de l'intestin ; Budge et Valentin ont produit du spasme intestinal en excitant les tubercules quadrijumeaux, les corps striés, les couches optiques ; Schiff, en irritant divers points du bulbe. C'est de la physiologie, ce n'est pas de la clinique. »

Or la clinique vient de temps en temps nous mettre en présence d'un malade chez lequel se trouvent réunis tous les signes de l'occlusion intestinale : signes fonctionnels, signes physiques, signes radiologiques ; on opère, croyant découvrir un obstacle mécanique sur l'intestin grêle et on constate qu'il n'existe qu'un simple spasme sur un segment plus ou moins étendu du grêle, le plus souvent spasme qui contraste avec la dilatation du segment situé en amont et parfois en aval ; qui plus est, lors des manipulations sur le grêle, le segment spasmé se dilate tandis qu'un autre, normal ou dilaté, vient à se contracter à sa place. On se trouve en présence d'un iléus spasmodique.

Si l'on cherche dans les travaux anciens à se faire une idée sur cette curieuse lésion, il faut bien reconnaître, qu'à côté des cas où il a bien paru s'agir de manière indiscutable d'iléus spasmodique, les auteurs ont souvent compris sous cette dénomination des lésions qui n'ont rien à voir avec celle qui nous intéresse aujourd'hui. C'est ainsi que les occlusions que l'on peut rencontrer au cours de la migration ou de l'arrêt de calculs biliaires dans la lumière intestinale ; un agglomérat de vers ou de résidus alimentaires, même s'ils provoquent un spasme dont l'étendue n'est pas en rapport avec le volume du corps étranger intestinal sont tout de même facilement compréhensibles : il s'agit là d'un phénomène de défense de l'intestin tendant à chasser l'obstacle contenu à son intérieur; nous ne tiendrons pas compte également des observations dans lesquelles cette lésion a pu survenir à la suite d'interventions chirurgicales se compliquant dans leurs suites de phénomènes septiques ou d'épanchements séro-hématique ou purulent ; nous éliminons enfin les occlusions passagères post-opératoires dans lesquelles cependant le spasme joue certainement un rôle.

Dans un mouvement chirurgical écrit en 1910 par Cheinisse dans la *Semaine Médicale*, sous le titre : « L'iléus spasmodique et l'entérospasme chronique », la plupart des observations signalées se rapportaient soit à des spasmes occlusifs sous la dépendance de vers intestinaux, soit à des calculs biliaires ayant émigré dans l'intestin. Cet excellent article contient d'autre part des observations se rapportant à notre sujet. Déjà à cette époque, voyant se restreindre le champ des iléus spasmodiques primitifs, Cheinisse posait nettement la question : « l'entérospasme peut-il exister en tant qu'état morbide primitif ? » Si les anciennes observations avaient pour elles l'importance de la précision du détail qui permet la discrimination, les observations récentes se basant sur des comptes rendus opératoires ont pour elles la valeur du contrôle direct et c'est avant tout sur leur étude critique que ce travail est basé.

Nous avons retenu 22 observations d'iléus spasmodique avec contrôle opératoire. Ces cas concernent 11 hommes et 11 femmes, fait intéressant à signaler car jadis on écrivait que l'iléus spasmodique se rencontrait presque uniquement chez les femmes et devait être considéré comme une manifestation de l'hystérie. 17 cas concernent des sujets de plus de 40 ans ; 5 seulement sont au-dessous de cet âge (11 ans, 19 ans, 22 ans, 25 ans et 30 ans). La plupart de ces observations ont été publiées à

l'étranger, principalement en Allemagne ; les observations françaises sont récentes : Leriche et Frieh ; Fresnais, Geffroy et Petitot ; Masmonteil ; Sénèque, Roux et Scyer ; Sénèque.

Dans l'étiologie de l'iléus spasmodique, il faut distinguer les cas dans lesquels le spasme est secondaire et ceux dans lesquels il apparaît comme primitif.

Parmi les cas secondaires, nous rangeons l'observation de Leriche et Frieh, car il semble bien que dans cette observation les phénomènes occlusifs aient été déclenchés par un lavement de sérum hypertonique donné à tort. Il nous est également arrivé de nous trouver devant des opérés auxquels un lavement de sérum hypertonique avait été administré et nous avons pu nous rendre compte combien un pareil lavement était mal toléré par l'organisme et des vives douleurs (sous forme de crampes intestinales) qu'il provoquait ; c'est pourquoi nous avons, depuis, formellement proscrit son usage.

D'autres fois, ce seront des vers intestinaux, des lombrics, des ascaris qui seront la cause des accidents, agissant non pas tant par leur présence que par suite de phénomènes de toxicité.

Dans un cas signalé par Exner et Jäger on découvre au cours d'une laparotomie d'iléus spasmodique une tumeur rétro-péritonéale englobant le plexus cœliaque. Dans un cas de Hawkin, ce sont quelques taches purpuriques que l'on découvre et l'on se trouve en présence d'une manifestation à forme occlusive du purpura abdominal aigu.

D'autres cas enfin ont été signalés chez des artérioscléreux, des tabétiques, tous cas dans lesquels la tare organique peut, dans une certaine mesure, expliquer la lésion observée.

Le rôle du réflexe n'est-il pas indiscutable dans l'observation rapportée par Henle où le tableau de l'occlusion se manifeste douze jours après une fracture de côte, chez un blessé ayant présenté une complication embolique à la suite de sa fracture. La laparotomie pratiquée avec le diagnostic d'occlusion ne permit de découvrir qu'une simple contracture segmentaire très serrée au niveau de l'angle splénique du côlon. La laparotomie fut suivie de mort et l'autopsie ne permit aucune découverte de lésion abdominale ; il existait simplement une embolie dans les deux branches de l'artère pulmonaire.

A côté de ces observations dans lesquelles on peut trouver une explication au spasme, soit par une lésion locale, soit par un réflexe à distance, il faut faire la place pour les autres cas dans lesquels l'examen le plus minutieux lors de l'intervention chirurgicale, voire même l'autopsie dans les cas à évolution mortelle ne permettent aucune découverte, et où même l'examen anatomo-pathologique de l'intestin ne révèle que des aspects normaux, aucune lésion des plexus de Meissner et d'Auerbach, comme cela se précise dans la récente et très complète observation de Masmonteil.

Dans la deuxième observation relatée par l'un de nous il s'agissait d'un malade opéré sept ans auparavant pour une tumeur testiculaire et qui présentait un syndrome occlusif à répétition. L'idée d'une métastase profonde en rapport avec le néoplasme antérieur, d'une bride ou d'une adhérence intestinale consécutive à la castration haute que ce malade avait subie, venait tout de suite à l'esprit. Or, la laparotomie ne permit de découvrir qu'un simple iléus spasmodique du grêle et l'exploration la plus minutieuse de l'abdomen ne permit de découvrir aucune lésion.

En présence de tels faits, on est amené à conclure à un spasme essentiel, primitif de l'intestin dont l'avenir donnera peut-être une explication quant à la cause occasionnelle, mais dont on ne peut à l'heure actuelle trouver l'explication.

L'existence de spasmes transitoires sur l'intestin grêle ou le gros intestin n'est du reste pas niable ; pourquoi donc ne pas admettre que l'exagération de cet état puisse parfois conduire à l'iléus ? Chez les nourrissons et les jeunes enfants n'est-ce pas un état spasmodique du grêle qui est à la base de cette curieuse lésion qu'est l'invagination intestinale aiguë ? Or, tandis que chez l'adulte les invaginations sont en règle secondaires, on ne trouve chez le nourrisson aucune cause locale pour l'expliquer. Pourquoi ce déséquilibre neuro-végétatif dont on admet l'existence chez le nourrisson ne se rencontrerait-il pas parfois chez l'adulte ? N'existe-t-il pas également au niveau du segment inférieur de l'œsophage des spasmes parfois très serrés qui ne sont sous la dépendance d'aucune lésion tumorale et dont l'origine paraît bien être strictement nerveuse ?

Certains ont voulu expliquer l'iléus spasmodique en mettant cet état sous la dépendance de l'antipéristaltisme.

Dans leur récent travail, Masmonteil et Livory accordaient à l'antipéristaltisme une place de premier plan. Ce rôle de l'antipéristaltisme a été du reste soulevé voilà déjà bien longtemps. En 1806, Barthez écrivait: « C'est par une irritation nerveuse extraordinaire que le mouvement antipéristaltique de l'intestin est déterminé dans la passion iliaque. » En 1883, Cherchewski s'exprimait de la sorte : « Nos observations prouvent la réalité du rétrécissement nerveux de l'intestin et de l'antipéristaltisme. » Dans leur observation, Masmonteil et Livory apportent la preuve de l'antipéristaltisme puisque ayant pratiqué chez leur malade une iléostomie, ils découvrent à l'intérieur de l'iléon de la baryte, alors que le malade n'avait reçu qu'un simple lavement baryté et n'en avait jamais ingéré. Celle-ci n'avait donc pu parvenir dans le grêle que par suite des mouvements antipéristaltiques qui se sont révélés assez énergiques pour forcer la valvule de Bauhin et refluer ainsi du gros intestin vers l'intestin grêle. Qui plus est, ces auteurs ayant été conduits par les circonstances à pratiquer deux iléostomies chez leur malade, ont pu se rendre compte que *seule l'iléostomie d'aval* fonctionnait alors que rien n'était éliminé par la sonde placée en amont, nouvelle preuve de l'antipéristaltisme. Reste seulement à expliquer cet antipéristaltisme et c'est là toute la question ; la constatation de cet état n'est pas niable, mais pourquoi cet antipéristaltisme? Dysfonctionnement dans la motricité intestinale, répond-on. C'est un mot, mais il n'explique pas le pourquoi de ce curieux phénomène.

Masmonteil et Livory invoquent la possibilité d'une avitaminose en se basant sur le fait qu'un certain nombre d'observations d'iléus spasmodique ont été signalées en Allemagne dans le courant de la guerre 1914-1918 et les années qui ont suivi, alors qu'on en n'observait pas en France. Actuellement plusieurs cas viennent d'être signalés en France, tandis que la littérature médicale allemande n'en relate pas. Personnellement, nous pensons que le rôle de l'avitaminose est purement hypothétique car bien avant la guerre des observations avaient déjà été publiées sur ce sujet et, d'autre part, les conditions actuelles se prêtent peu aux recherches bibliographiques dans la littérature étrangère.

On pourrait également souligner le rôle de l'alimentation dans la production de l'iléus spasmodique. Il est certain que l'ingestion trop abondante de féculents peut parfois conduire à l'iléus ; il est non moins certain que des intoxications alimentaires, par la toxicité sanguine qu'elles provoquent dans la circulation intestinale, déclenchent des phénomènes spasmodiques et que ceux-ci peuvent conduire à l'iléus. Nous avons vu, dans ces derniers mois, plusieurs malades adressés avec le diagnostic d'appendicite qui se présentaient avec un syndrome occlusif, des douleurs extrêmement violentes dans la fosse iliaque droite qui témoignaient à n'en pas douter d'une contracture de l'intestin sous-jacent; l'interrogatoire permettait facilement de rattacher ces troubles à des phénomènes d'intoxication intestinale. Il nous paraît donc possible que certains aliments ou leur état de mauvaise conservation puissent parfois conduire à l'iléus spasmodique.

Certains auteurs ont invoqué une cause vasculaire pour expliquer le spasme, se basant sur le fait que la circulation paraît troublée dans les mésos avoisinants l'intestin contracturé. Oudard, dans son observation, note que les vaisseaux mésentériques ne battaient pas ou battaient mal. Il est certain que l'état de spasme intestinal s'accompagne d'un spasme vasculaire sous-jacent, mais cet état n'est que momentané, local et réversible comme nous le dirons plus loin. Nous pensons donc que la cause primitive, essentielle, est nerveuse et que le retentissement vasculaire n'est que secondaire.

Qu'observe-t-on en effet au point de vue anatomo-pathologique dans l'iléus spasmodique ?

Le plus souvent la lésion siège sur l'intestin grêle tantôt à son origine (Fresnais, Geffroy et Petitot), tantôt à sa partie moyenne, souvent au niveau de l'iléon terminal. Parfois, la contracture peut s'étendre à tout le grêle, de l'angle duodéno-jéjunal à l'angle iléo-cæcal. Le plus souvent la lésion est segmentaire, soit unique sur une étendue de 10 à 20 *cm.* environ, soit multiple : trois ou quatre segments de grêle de 10 à 20 *cm.* apparaissent contracturés et séparés par des intervalles de distension intestinale. Le fait relaté dans presque toutes les observations est la réversibilité de la contracture : l'abdomen ouvert, le chirurgien se trouve en présence d'une anse dilatée et d'une anse contracturée ; le diagnostic d'occlusion par bride ou par obstacle mécanique paraît évident tout d'abord et, quand on arrive à la jonction de ces deux états, on ne constate aucune lésion. Si l'on vient alors à saisir l'anse contracturée, à la manipuler, on la voit se distendre, tandis qu'une autre contracture se manifeste dans une région avoisinante de l'intestin grêle. L'aspect du grêle contracturé est tout à fait caractéristique et décrit à juste titre sous le nom d'*intestin de poulet* : le grêle est réduit aux dimensions du petit doigt ou d'un crayon; il est pâle, d'aspect ardoisé; dans la zone vasculaire correspondante, les vaisseaux sont spasmés et cet état contraste avec celui de l'intestin en amont et en aval qui est au contraire distendu, en état de vasodilatation. Ces phénomènes vasculaires disparaissent soudainement quand cède le spasme intestinal et se manifestent sur un autre segment du grêle quand il se contracte à son tour.

Les contractions peuvent parfois atteindre en même temps le grêle et le gros intestin (cas I de Kœnnecke, cas de Hawkin, cas II de Nordmann) ; on les a ainsi notées : sur l'angle splénique, à la jonction du descendant et du sigmoïde, depuis le milieu du côlon ascendant jusqu'à l'S iliaque.

On a parfois noté un épanchement hématique ou séro-hématique soit dans la grande cavité, soit dans le cul-de-sac de Douglas, épanchements qui viennent témoigner de la souffrance de l'intestin grêle.

Nous serons brefs sur la symptomatologie d'une telle lésion mais il nous faut cependant signaler les divers aspects cliniques qu'elle peut revêtir :

C'est le plus souvent *le type occlusif*, soit un type *occlusif* léger avec vomissements réflexes, douleurs localisées, léger ballonnement abdominal, soit un type occlusif grave avec vomissements fécaloïdes, douleurs intenses, ondulations péristaltiques visibles sous la peau et ballonnement accentué.

Dans les observations de Hawkin il s'agissait de type *pseudo-appendiculaire* et cet auteur mettait justement les chirurgiens en garde contre de pareils états qui simulent absolument la crise appendiculaire quand la contracture siège sur l'iléon terminal, et l'ablation de l'appendice ne soulage en rien ces malades. L'observation récente de Masmonteil et Livory est typique à ce point de vue : après l'appendicectomie et dans les mois qui suivirent, le malade fit à quatre reprises des crises de subocclusion puis d'occlusion qui conduisirent finalement à la mort.

Mais, inversement, on peut se demander si certaines appendicites chroniques ne sont pas susceptibles de déterminer des phénomènes réflexes sur l'iléon terminal et de provoquer un certain degré de contracture. C'est la raison pour laquelle, si les douleurs siègent dans la fosse iliaque droite, il est indiqué de toujours enlever l'appendice. Si c'est lui qui est en cause, il n'y aura pas de récidives ; dans le cas inverse, il faut s'attendre très souvent à la reprise des accidents.

Dans le cas de Fromme, l'iléus spasmodique s'est révélé avec une *symptomatologie à type invagination :* un enfant de 11 ans est pris d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite avec selles sanglantes. On pose le diagnostic d'invagination et on ne trouve qu'un segment de grêle fortement contracturé, contracture qui disparaît lors des manipulations. Guérison. On peut se demander à propos de ce cas si l'auteur ne s'est pas trouvé en présence soit d'une invagination avec désinvagination spontanée, soit devant le stade initial précédant l'invagination, soit enfin s'il ne s'agit pas du même dysfonctionnement moteur qui, conduisant chez le nourrisson à l'invagination, s'arrête chez l'adulte au stade de contraction.

L'évolution de cette variété curieuse d'occlusion est très variable.

Il est des cas bénins (dans lesquels le spasme a été contrôlé opératoirement) qui sont guéris très simplement après une laparotomie exploratrice sans aucune autre thérapeutique adjuvante. Dans d'autres observations, les phénomènes spasmodiques ont persisté quelques heures ou quelques jours après l'intervention mais ont cédé sous l'action de la thérapeutique médicale sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et, dans plusieurs observations, nous voyons les crises occlusives ou subocclusives se répéter. Ces crises à répétition peuvent ne pas revêtir un caractère alarmant ; c'est ainsi que dans l'observation Sénèque, Roux, Seyer, le malade a présenté depuis la première intervention qui date d'un an 6 à 8 crises douloureuses qui se sont jusqu'à présent montrées rebelles à tout traitement médical.

L'observation rapportée par Vohlgemuth est particulièrement instructive : Une femme âgée de 30 ans est opérée d'urgence pour un syndrome occlusif. La laparotomie exploratrice ne permet de découvrir qu'un simple spasme de l'intestin grêle, qui cède au bout de quelques minutes sur le segment atteint pour se reproduire ailleurs. Trois mois après, récidive et nouvelle laparotomie au cours de laquelle on ne constate rien ; quelques adhérences seulement. Trois mois plus tard, nouvelle laparotomie exploratrice : on ne découvre toujours aucune lésion et on se contente d'enlever l'appendice, pensant, sans doute, que celui-ci était à la base des phénomènes réflexes. Il n'en était rien puisqu'à trois mois de distance survient une quatrième crise occlusive, mais, cette fois, la malade refuse de se laisser opérer et tout s'arrange spontanément. Voilà un exemple très net de crises à répétition, d'allure bénigne. Il n'en est cependant pas toujours ainsi et l'iléus spasmodique peut conduire à la mort après récidive. Dans l'observation de Masmonteil et Livory que nous avons rapportée à l'Académie de Chirurgie, le malade est d'abord opéré avec le diagnostic d'appendicite, mais dans les jours suivants une nouvelle crise se manifeste, prouvant ainsi que l'appendice n'était nullement la cause des troubles présentés ; une nouvelle crise céda après une anesthésie rachidienne, mais cette thérapeutique se montra inefficace lors d'une nouvelle récidive. Ces crises à répétition conduisirent finalement le malade à un stade d'occlusion aiguë qui nécessita une iléostomie ; celle-ci ne soulagea pas l'opéré; on pratique *in extremis* une résection intestinale et le malade succomba au milieu de phénomènes péritonéaux. L'autopsie pratiquée et les examens anatomo-pathologiques ne devaient montrer aucune tumeur, aucune lésion sur les plexus de Meissner et d'Auerbach.

La récidive avec aggravation du tableau clinique peut être très précoce ; dans l'observation de Zwillinger rapportée par Roux-Berger, c'est cinq jours après l'ablation de l'appendice sain et la constatation opératoire d'un iléus spasmodique que survient une nouvelle crise douloureuse qui conduit à la mort en quarante-huit heures. Ici encore, une autopsie très complète avec examens anatomopathologiques ne permit d'éclaircir ni les accidents, ni la cause de la mort.

Parmi les autres cas à évolution mortelle, citons celui de Potoschnig où l'on découvrit à l'autopsie la persistance sur 50 *cm.* d'un premier anneau stricturral sur le grêle sans aucun obstacle mécanique, ainsi qu'un deuxième anneau sur le sigmoïde, et le cas n° 3 de Nordmann dans lequel la laparotomie pratiquée pour syndrome occlusif du grêle ne permit de découvrir qu'un spasme de l'iléon terminal. Le chirurgien pratiqua une jéjunostomie à la Witzel qui n'eut aucun effet et l'opéré mourut vingt-quatre heures après. L'autopsie se révéla entièrement négative ; le spasme avait disparu.

On voit donc par ces quelques exemples que le pronostic de l'iléus spasmodique doit être très réservé. Si la lésion peut parfois disparaître très simplement et ne pas récidiver, les récidives sont au contraire fréquentes ; elles peuvent se montrer rebelles à tout traitement et conduire parfois à la mort avec un syndrome d'occlusion aiguë.

Le diagnostic d'une pareille affection ne peut guère être posé que par l'intervention chirurgicale. Certes, il est des cas de spasme bénin dans lesquels une intoxication alimentaire ou vermineuse peut être aisément décelée, ce qui permettra d'éviter au malade une laparotomie exploratrice; mais, quand le syndrome occlusif est net, quand la radiographie montre une sténose du grêle, quand l'examen sans préparation montre des niveaux liquides et de l'aérocolie, l'intervention chirurgicale s'impose car il ne faudrait pas laisser évoluer une occlusion de cause mécanique, dont la fréquence est singulièrement plus grande que l'occlusion spasmodique.

Le diagnostic certain d'iléus spasmodique n'est donc posé que lors de la laparotomie exploratrice en constatant l'absence de tout obstacle à la jonction de deux segments du grêle inégalement calibrés et l'aspect immédiatement réversible des lésions.

Quelle doit être la conduite du chirurgien devant un pareil état ? Certains se sont contentés de la *simple laparotomie exploratrice* et ont parfois voulu voir là un geste « héroïque » qui amène la guérison. Ce sont, dirons-nous, des optimistes car si certains opérés ont pu ainsi guérir sans récidive après la laparotomie exploratrice, ils auraient probablement guéri de même sans cette intervention qui a surtout pour but, à notre avis, de ne pas laisser évoluer une occlusion de cause mécanique. La fréquence des récidives est là pour témoigner que la laparotomie exploratrice est une méthode de diagnostic et non de traitement.

En 1924, Florak préconisait au cours de la laparotomie des *injections de novocaïne* au niveau du plexus solaire ou au niveau des tuniques intestinales. Fresnais, Geffroy et Petitot ont injecté de la novocaïne dans la racine du mésentère.

Dans les suites opératoires, on a utilisé les *agents médicamenteux* (atropine, belladone, physostigmine), la *chaleur locale*, le *sérum hypertonique*, les *injections intra-veineuses de novocaïne* (Sénèque), la *rachianesthésie* ; celle-ci a été préconisée jadis en Allemagne par Amburger et par Mayer ; dans l'observation de Masmonteil, son opéré a vu une récidive céder après la rachianesthésie pratiquée par Oberlin, mais, lors d'une nouvelle récidive, la rachianesthésie est restée sans résultat. Il semble néanmoins logique d'y recourir en présence de crises à répétition après contrôle opératoire initial.

L'aspiration duodénale sera utilisée avec profit si des niveaux liquides persistent après la laparotomie.

L'*iléostomie* préconisée en Allemagne par Calmers est au contraire déconseillée par Koennecke en pareil cas. Elle n'a empêché l'évolution mortelle ni dans le cas de Nordmann, ni dans le cas de Masmonteil.

L'anatomie pathologique de cette lésion, le fait que la contracture apparaît sur des segments variables n'est guère en faveur de l'iléostomie et nous croyons qu'elle n'a ici que d'exceptionnelles indications.

Quant à la *résection intestinale,* elle n'a été pratiquée qu'une seule fois par Masmonteil, commandée non par le spasme mais par les dégâts consécutifs à l'iléostomie. Elle a présenté l'intérêt de faire constater l'absence de toute lésion nerveuse au niveau des plexus intestinaux.

Les *laparotomies itératives* nous paraissent absolument contre-indiquées; on comprend très bien l'utilité d'une première laparotomie pour poser un diagnostic de certitude; on ne saisit plus très bien l'utilité de réintervenir une fois le diagnostic posé, si l'on condamne l'entérostomie ou les dérivations intestinales.

La symptomatologie, les constatations anatomopathologiques sont en faveur d'une pathogénie nerveuse. La motricité intestinale, les physiologistes nous l'enseignent, est sous la dépendance du sympathique et du para-sympathique, le premier ayant un effet inhibiteur, le second un effet constricteur. Dans l'iléus spasmodique, il paraît s'agir d'un dysfonctionnement entre le système sympathique et le para-sympathique, et l'état spasmodique observé de manière constante en pareil cas lors des laparotomies exploratrices témoigne d'un effet d'excitation dans le domaine du pneumogastrique. Il semblerait donc, logiquement, qu'en pareil cas, il faudrait agir soit en paralysant le pneumogastrique, soit en excitant le sympathique. Or, Leriche et certains chirurgiens sont venus témoigner des bons résultats qu'ils auraient parfois obtenus en anesthésiant les splanchniques. Il est vrai que d'autres auteurs, et nous-mêmes, n'ont obtenu aucun résultat par l'infiltration splanchnique (Masmonteil et Livory de même).

Faut-il s'étonner de cette discordance dans les résultats ou dans leur interprétation ? Si on lit le travail extrêmement documenté et intéressant publié par Morin dans la *Biologie Médicale* (Janvier, Février, Mars 1943) sur la physiologie motrice de l'intestin on y trouve confirmée la notion que le pneumogastrique et le sympathique ne doivent plus être considérés comme deux systèmes antagonistes puisqu'il existe indiscutablement dans chacun de ces nerfs des fibres à fonctionnalité opposée. Cependant les examens radiographiques prouvent que la vagotomie ralentit le transit du grêle ; que la splanchnicectomie l'accélère et l'état spasmodique constaté est donc en faveur d'une excitation vagale. Au point de vue expérimental, il apparaît également que les effets consécutifs à la section des splanchniques ne sont que transitoires. Comment faudrait-il donc envisager la thérapeutique nerveuse dans l'iléus spasmodique ?

Il semblerait plus logique d'intervenir sur le pneumogastrique que sur les splanchniques, mais étant donné l'importance physiologique de ce nerf il ne saurait être question de le sectionner avant qu'il n'ait donné ses fibres à territoire et fonctions gastriques.

Il faudrait donc l'aborder près du ganglion semilunaire, ou peut-être même intervenir en sectionnant le ganglion semi-lunaire, ce qui n'a jamais été encore fait dans ce cas. En tous cas, l'*anesthésie directe du plexus solaire* lors de la laparotomie exploratrice nous paraît un geste intéressant à retenir, car il agit à la fois sur le sympathique et le pneumogastrique et permettra de se rendre compte exactement des effets ainsi obtenus lors de la laparotomie exploratrice.

Tout ceci n'est qu'hypothèses et, pour le moment, la question du traitement nerveux de l'iléus spasmodique reste à l'étude.

J. Sénèque et Marcel Roux.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

15 Février 1944.

Le contrôle phtisiologique des externes et internes des hôpitaux de Paris. — M. E. Rist expose qu'une fois la liste de la promotion annuelle établie, tous les externes sont invités à se rendre à la consultation phtisiologique du personnel hospitalier qu'il dirige depuis 1923 au Dispensaire Léon-Bourgois. L'examen clinique et radiographique, les réactions tuberculiniques réalisent un premier triage par lequel quelques tuberculoses actives ignorées de leurs porteurs et quelques lésions simplement suspectes sont décelées ; la recherche des bacilles dans l'expectoration ou dans le contenu gasttique est faite chez les sujets ayant ces lésions. Ceux des externes qui sont reconnus malades de tuberculose sont mis en congé et reçoivent tous les conseils thérapeutiques utiles, le contact étant gardé avec eux par l'intermédiaire de leur médecin traitant ; lorsque la guérison est achevée, ils ne reprennent leurs fonctions qu'après avis favorable de l'auteur. A la fin de la cure sanatoriale, les convalescents sont revus par lui tous les 3 mois environ. Les externes en bonne santé lors de leur entrée en fonction restent sous le contrôle de l'auteur, car ils ne peuvent obtenir de congé d'une certaine durée sans son examen ; les internes tombant malades sont soumis aux mêmes obligations.

Aucun cas de tuberculose chez un externe ou un interne en activité n'échappe donc au contrôle de l'auteur ; les documents ainsi recueillis depuis plusieurs années se prêtent particulièrement à une élaboration statistique approfondie et instructive que l'auteur fera connaitre prochainement.

Sur 2 intoxications collectives par l'ervilier. — M. P. Valdiguié rapporte 2 cas d'intoxication collective ayant frappé 26 femmes et 17 hommes de deux collectivités ayant ingété de l'erviliet (*Vicia ervilia*), parfois confondu avec le lentillon comestible ; ils ont présenté essentiellement des douleurs gastriques et des vomissements, sans phénomènes intestinaux ; après une phase aiguë de plusieurs heures, le rétablissement fut lent, avec céphalée tenace, asthénie profonde et parfois subictère. Aucun cas de cette intoxication n'avait encore été rapporté chez l'homme, mais elle est connue des vétérinaires qui l'ont observée chez le porc.

Le prototype humain. — M. F. Pasteur étudie le prototype du genre humain, dont toutes les proportions numériquement définies, unifiées en une synthèse générale, constituent une sorte de nodule architectural de toutes les dimensions interdépendantes des segments naturels du corps d'un homme moyen normal. Cet ordre de grandeur est basé scientifiquement sur le canon humain qui est égal au tiers de la hauteur de la tête.

Election de 2 correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie). — M. Papin (de Bordeaux) est élu au 1er scrutin par 51 voix contre 4 à M. Auvigne, 3 à M. Billet, 1 à MM. Hamant, Lepoutre et Villard.

— M. Lepoutre (de Lille) est élu au 2e scrutin par 50 voix contre 6 à M. Billet, 5 à M. Auvigne, 2 à M. Villard.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

2 Février 1944.

Lombeaux-doublures par greffes dermo-épidermiques dons le traitement des mutilotions de lo foce. — M. Virenque. M. Sauvé, rapporteur. Deux greffes accouplées : une profonde, pour le rôle de muqueuse; l'autre, superficielle, qui remplace la peau. Les greffes peuvent être armées de cartilage.

Essai d'une nouvelle chimiothéropie dons le concer de la prostate. — M. Botelho. M. Gouverneur, rapporteur. L'auteur utilise une solution iodo-iodurée acide stable, par voie intraveineuse. L'action analgésiante de cette solution est incontestable.

Résultats éloignés des épididymectomies par voie inguinole pour tuberculose. — MM. Richard et Devimeux. 84 cas avec bons résultats sans atrophie testiculaire, grâce à une technique exposée par les auteurs.

A prapos de la gastrectomie d'urgence dons les perforotions. — MM. Ameline et Gueullette.

A propos du troitement iado-sulfamidé dans les staphylococcies molignes. Echec. — M. Mialaret.

Tumeur associée de la granulosa et de lo thèque de l'ovaire. — MM. Ducuing, Guilhem et Grimoud. M. Moulonguet, rapporteur.

9 Février.

Dérivation interne par anastomose grêle-transverse à la 127e heure d'une perforation duodénole. — M. A. Morel (Romans) a utilisé la dérivation interne comme complément du drainage du foyer dans un cas de péritonite diffuse.

— M. J. Quénu, rapporteur, pense que cette méthode est supérieure à l'iléostomie.

Tumeur associée de la granuloso et de lo thèque de l'ovaire. — M. Moulonguet cite ce cas d'association extraordinaire entre une tumeur de la granulosa et une tumeur de la thèque interne de l'ovaire chez la même malade de MM. Ducuing, Guilhem et Grimoud.

Paraparésie cypho-scoliotique traitée por laminectomie et plastie de la dure-mère. — MM. Barré, Coste et Sicard rapportent cet exemple heureux. Il faut penser dans ces cas de scoliose avancée à la possibilité d'une autre cause de compression, tumeur par exemple.

Discussion sur le traitement des hernies étranglées avec gongrène de l'intestin. — M. Brocq clôture la discussion. Lorsqu'il n'y a pas de phlegmon stercoral, il faut faire une entérectomie de l'anse gangrénée jusqu'en tissu tout à fait sain. Ceci nécessite une voie d'abord suffisante. Le mode d'anastomose importe peu. La simple extériorisation de l'anse gangrénée doit être condamnée.

Lorsqu'il y a phegmon herniaire, l'incision simple ne suffit pas. Il faut lui associer une anastomose des deux pieds de l'anse par une incision séparée.

Gastrectomie pour exclusion. — M. Gueullette défend ce procédé de résection pour exclusion dont il souligne, par 25 cas heureux, la valeur.

— M. Banzet lui reconnaît quelques indications : l'ulcère extrêmement à droite à petit épiploon œdématié, la sténose par bloc compact entre ulcère et pancréas. Peu importe que la section passe franchement sur l'estomac.

16 Février.

Algies diffusontes post-traumatiques. — M. Luzuy, M. Sicard, rapporteur. L'auteur apporte 4 observations de traumatismes divers (électrique, par morsure, par chute, etc.) ayant entraîné des algies diffusantes intenses, guéries par des infiltrations novocaïniques locales et stellaires.

— M. Bazy dit que l'électrocution entraîne des phénomènes de nécrose tardive dans les troncs nerveux, responsables des signes observés et à dissocier des troubles sympathiques.

— M. Leriche insiste sur le fait que ces troubles vasomoteurs peuvent réapparaître à l'occasion d'un nouveau traumatisme, accidentel ou chirurgical.

Hormone mâle et lésions de la glande mammaire. — M. Moulonguet insiste sur les excès de la thérapeutique hormonale dans les lésions mammaires. Les bases expérimentales physio-pathologiques ne prouvent pas que l'hormone mâle ait une action atrophiante sur le développement mammaire. Les résultats thérapeutiques sont les suivants : aucune action sur les kystes mammaires, ni de guérison, ni de prévention des récidives; quelques résultats dans les fibro-adénomatoses, mais des échecs; rien dans la maladie de Reclus. Les recherches biblingraphiques montrent des statistiques identiques. Le retentissement de ce nouveau traitement sur le diagnostic du cancer du sein est désastreux : il risque de faire perdre un temps précieux.

— MM. Roux-Berger et Capette s'associent aux dangers de l'emploi de la testostérone dans ces cas.

Infiltration novocaïnique du sinus corotidien à la phase de collopsus des péritonites aiguës diffuses. — M. Wilmoth apporte 2 nouvelles observations de retour à la vie après infiltration sinu-carotidienne dans des cas de collapsus péritonéal.

— M. de Fourmestreaux apporte un cas analogue où il y eut d'abord amélioration puis mort secondaire.

— M. Leriche a eu des résultats appréciables.

Métrorragies post-ménopausiques. — M. Sénèque.

Un cos de molodie de Pellegrini-Stiedo. — M. Marre. M. Sicard, rapporteur.

Occlusion intestinole par adhérence du grêle à la suite d'une myomectomie de lo foce postérieure du corps utérin. — M. Sourdat. M. Rouhier, rapporteur.

Anévrysme de la sous-clavière gauche par plaie de guerre. — M. J. Chavannaz (Bordeaux).

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

11 Février 1944.

Le pronostic éloigné des onémies benzoliques. — MM. P. Léchelle et A. Ancelin. L'un des auteurs a publié le 7 Juin 1940 à la Société médicale des Hôpitaux de Paris une étude de 47 cas d'intoxication benzolique aiguë. Depuis lors 22 de ces malades ont pu être suivis.

Les auteurs indiquent les caractères essentiels des diverses formes tardives d'anémie benzolique. Ils insistent sur la fréquence d'accidents hémorragiques ou purpuriques très tardifs ainsi que sur la diminution définitive du nombre des hématies, mais surtout des leucocytes et des granulocytes. Ils signalent les résultats entièrement décevants obtenus par tous les traitements, à l'exception du repos au lit et de la suralimentation. Ils montrent que les anciens intoxiqués benzoliques sont toujours sous la menace d'accidents cliniques et hématologiques graves. Ils regrettent l'insuffisance du taux d'invalidité permanente partielle accordé à la plupart des intoxiqués qui sont en fait de véritables infirmes.

— M. Fiessinger a vu survenir une aleucie hémorragique rapidement mortelle chez un intoxiqué benzolique un an après la cessation du travail et malgré la surveillance hématologique.

Les bronchites segmentaires. — MM. E. Rist, P. Ameuille et J.-H. Lemoine ont observé dans 7 cas un syndrome caractérisé par de la toux, une expectoration muqueuse, parfois de petites hémoptysies, sans condensation parenchymateuse radiologiquement appréciable et sans signes stéthacoustiques de bronchite généralisée. On pouvait se demander s'il ne s'agissait pas de tuberculose bronchique ou de néoplasme endobronchique. L'exploration trachéo-bronchoscopique a montré un œdème limité à un segment de la muqueuse bronchique sur une longueur de 2 à 3 cm. seulement avec hypersécrétion très épaisse, sans ulcération ni tumeur. Sa constatation permet d'éliminer le diagnostic de néoplasme ou de tuberculose du conduit. Ces bronchites segmentaires, de pronostic bénin, sont d'une nature encore indéterminée. L'hypothèse d'une réaction allergique localisée doit être prise en considération. Elles constituent un chapitre nouveau de la pathologie des bronches.

Sclérose tubéreuse de Bourneville. — MM. R. Degos et J. Lereboullet. Chez ce malade existent des adénomes sébacés du type Pringle, des tumeurs périunguéales de Kœnen, de la phacomatose rétinienne, de l'épilepsie et des troubles intellectuels, des calcifications intracraniennes et une association d'angiomes ostéo-hypertrophiques et, peut-être, de maladie de Recklinghausen.

Sclérose tubéreuse de Bourneville chez 4 membres d'une famille. — MM. R. Degos et O. Delzant. Adénomes sébacés du type Pringle, épilepsie, calcifications intracraniennes, léthalité fœtale se rencontrent chez ces sujets.

Trois cas de sclérose tubéreuse de Bourneville non familiole. — MM. R. Degos, P. Hennion et J. Delort. Il existe ici des adénomes sébacés du type Balzer et du type Pringle, des lésions gingivales, de l'épilepsie et des retards intellectuels.

— M. Garcin, contrairement à M. Degos, pense que les formes frustes de la maladie ne sont pas souvent méconnues.

— M. Lhermitte souligne qu'il s'agit d'une maladie de système, d'une ectodermose généralisée, atteignant à la fois cerveau et peau.

— M. Lamy insiste sur l'intérêt des recherches génétiques dans cette affection.

— M. J. Lereboullet signale ses analogies avec la maladie de Recklinghausen.

— M. Garcin rappelle que l'épilepsie réagit bien chez ces malades au gardénal.

Pilocorpine introveineuse dans l'asthme grave. — MM. P. Ameuille et J. Dos Ghali. La mort des asthmatiques, du fait de leur asthme, étudiée à plusieurs reprises depuis l'observation classique de Brulé et Hillemand, paraît liée à l'obstruction bronchique par du mucus sécrété en quantité surabondante et qui n'est pas éliminé soit parce qu'il est trop concret, soit parce que les mécanismes de chasse bronchique sont partiellement ou totalement inhibés. Pour traiter de pareils cas on penserait volontiers à la broncho-aspiration d'urgence, malheureusement impossible à mettre en œuvre dans des circonstances aussi dramatiques.

Dans 2 cas, les auteurs ont essayé l'injection intraveineuse de pilocarpine, malgré ce qu'il y a de paradoxal à employer, pour calmer un asthme grave, un produit qui sert à créer l'asthme expérimental. Leur idée de départ est que la pilocarpine peut: 1° fluidifier les sécrétions bronchiques et les rendre plus mobilisables; 2° stimuler la chasse bronchique et en particulier les contractions péristaltiques des bronches quand elle est injectée dans les veines. Dans 2 cas, cet essai, d'apparence hasardeuse, leur a donné un très beau résultat et leur a paru sauver les malades d'une mort imminente.

Ils se sont servis des ampoules du Codex titrant 1 cg. de nitrate de pilocarpine par centimètre cube. Ils ont injecté très lentement le produit dans une veine du pli du coude jusqu'au maximum des troubles observés.

Dans 1 cas la malade avait supporté 3/4 de centimètre cube, dans l'autre 1 cm^3. Aussitôt après, dans les 2 cas, un effort de toux brusque fait asseoir les malades, les fait expectorer un flot de mucosités épaisses, filantes, aérées, et leur permet de reprendre une respiration libre et normale. Dans ces 2 cas de bronchoplégie prétermimale, la pilocarpine intraveineuse semble représenter un médicament d'urgence, efficace. Encore faut-il ne pas y recourir trop tard, à la période dite « d'épuisement nerveux », ni chez les tuberculeux terminaux, qui eux non plus n'y réagissent pas.

— M. Bariéty souligne l'action paradoxale chez les asthmatiques de divers agents pharmacodynamiques qui peuvent agir tantôt en relâchant, tantôt en faisant contracter les muscles lisses.

— M. Flandin partage cette opinion. Trop souvent les médications employées chez les asthmatiques créent des accidents plus graves que ceux pour lesquels le malade a été traité. La novocaïne intraveineuse exige en particulier une grande prudence.

— M. Kourilsky estime que la novocaïne peut donner de bons résultats, mais après qu'on a débarrassé les malades de leur hypersécrétion bronchique.

— M. Mauric vante l'action sédative des injections d'huile soufrée dans l'état de mal asthmatique.

Un cas de botulisme. Etude du L. C.-R. — M. V. de Lavergne a constaté dans le liquide céphalo-rachidien de ce malade une légère dissociation albumino-cytologique avec hyperglycorachie. Cette formule était du type rencontré dans les paralysies diphtériques. Si cette constatation était retrouvée chez d'autres malades atteints de botulisme, elle servirait d'argument à ceux qui admettent que les paralysies diphtériques résultent d'une fixation de la toxine sur les centres.

Tétanos céphalique avec hydrophobie. — MM. V. de Lavergne et Helluy rapportent une observation de cette forme, si rarement rencontrée, du tétanos céphalique. Ils la font suivre de quelques commentaires sur le mécanisme de l'hydrophobie.

— M. N. Fiessinger ne croit pas si rare la forme hydrophobique; il vient d'en observer un exemple dans un tétanos post-abortum qui a guéri, fait exceptionnel dans cette forme.

Syndrome d'hypertrophie musculaire de l'adulte, myxœdème ossocié, guérison par le traitement thyroïdien. — MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille, J. Lereboullet et P. Bouygues rapportent l'observation d'un malade de 62 ans présentant une hypertrophie nette d'un certain nombre de groupes musculaires (mollets, etc.). La percussion du corps musculaire en un point quelconque provoque la formation d'un bourrelet musculaire localisé, très dur, à contraction lente : hypertrophie musculaire et réaction musculaire à la percussion ne coïncident pas. Il n'y a pas de réaction myotonique vraie mécanique et électrique du muscle. Ce syndrome musculaire est associé à un myxœdème net; tous deux guérirent en quelques semaines.

Un cos d'hémoptysie et un cos d'urticoire consécutifs à la médication sulfamidée (thiazomide). — M. Gaté (Lyon).

18 Février.

Abcès péribronchiques. Rôle de la sulfomidothérapie locale. — MM. M. Loeper, P. Boulanger et Courjaret. Au cours d'une suppuration pulmonaire subaiguë, la bronchographie lipiodolée met en évidence de volumineuses images cavitaires des lobes supérieur et moyen. Celles-ci régressent totalement à la suite de la sulfamidothérapie locale administrée à l'aide d'une sonde intratrachéale, alors que la sulfamidothérapie *per os* était restée sans effet. Cette observation soulève le problème de l'interprétation exacte des images cavitaires observées au cours des suppurations broncho-pulmonaires. C'est à l'abcédation péribronchique qu'il faut également penser avant de conclure à une ectasie bronchique sacciforme ou à un kyste suppuré.

— M. Rist a l'impression, d'après le cliché, qu'il s'agit ici de kystes aériens.

Dyslipoïdose cutonée et ictère. — MM. N. Fiessinger, M. Albeaux-Fernet et J. Loeper, sous la dénomination de dyslipoïdose cutanée et ictère, rapportent le cas d'une femme de 53 ans chez laquelle, au cours d'un ictère vraisemblablement lié à une hépatite scléreuse, apparurent du prurit et des xanthomes, étendus à tous les téguments, d'une intensité extraordinaire. Cette xanthomatose, en rapport avec une hypercholestérolémie à 8 g. 21 et une hyperlipidémie de plus de 25 g., est ici secondaire à l'ictère; elle se distingue donc nettement des faits étudiés par Thannhauser et Magendantz et attribués par eux à une réticulose.

— M. Loeper admet la possibilité d'hépatites à la fois ictérigènes et cholestérigènes.

Porphyrinurie spontonée idiopathique avec quodriplégie. Guérison par l'associotion omide nicotinique-vitomine B[1]. — M. P. Breton (Saint-Germain-en-Laye) insiste sur 2 caractères de l'observation qu'il rapporte : 1° la guérison complète de la malade obtenue par l'association de la vitamine B[1] à la vitamine PP, déjà utilisée avec un moindre succès par d'autres auteurs; il s'agissait cependant d'une forme particulièrement grave avec polynévrite ascendante quadriplégique et délire; 2° la profonde altération de l'épreuve de galactosurie provoquée qui pose à nouveau le problème des rapports entre l'insuffisance hépatique et la porphyrinurie.

— M. Garcin, d'après 1 cas jadis observé et 2 nouveaux, insiste sur l'action thérapeutique précieuse de la vitamine PP.

— M. Lhermitte a trouvé dans la porphyrinurie idiopathique des lésions importantes du système nerveux central associées à la polynévrite. Les lésions hépatiques semblent jouer un rôle dans l'intoxication des centres nerveux.

— M. Mollaret souligne le bénéfice thérapeutique que procure la vitamine PP qui, dans le cas qu'il a observé jadis, a donné une amélioration considérable. Dans un cas très grave qu'il suit actuellement et où il s'agit de coproporphyrinurie, il a trouvé des taux très abaissés d'amide nicotinique dans le sang qui sont redevenus normaux avec l'administration de vitamine PP. Il ne faut pas se hâter de prononcer le mot de guérison. Il faut tenir compte du terrain et de la lumière.

— M. Decourt a vu succomber une malade atteinte de polynévrite extensive avec mélanodermie, à un ictère grave.

— M. Fiessinger n'a pas trouvé de relations étroites entre le taux de la nicotidémie et de la porphyrinurie dans les cirrhoses.

Anévrysme aortique à forme tumorale. Valeur séméiologique de la colcification liminole. — MM. M. Bariéty, R. Lesobre et P. Choubrac. Chez un homme de 70 ans l'examen radiologique montrait une masse sphérique occupant toute la partie supérieure de l'hémithorax gauche. L'existence d'une fine bordure d'opacité plus dense, à la périphérie de la tumeur, permit de rejeter le diagnostic de cancer et de neurinome, car la calcification liminale n'appartient qu'aux parois d'une cavité à contenu liquide : kyste ou paroi vasculaire. Mort soudaine par hémoptysie foudroyante. L'autopsie confirma qu'il s'agissait d'un volumineux anévrysme dont l'extension et la rupture s'étaient produites sans qu'il y eut trace de médiastinite. L'examen anatomique ne montra aucun substratum à une image d'infiltrat circonscrit du poumon droit décelée pendant la vie par les films. Les auteurs évoquent l'hypothèse d'un infiltrat lié à des troubles vaso-moteurs.

Molodie de Schüller-Christion et syndrome polyuridipsique par polydipsie primoire. — MM. Julien Marie, S. Thieffry, Mlle Œmichen et M. J. Loeper, avec M. Robert Debré, ont constaté chez un enfant de 3 ans, atteint de maladie de Schüller-Christian, les faits suivants :

1° L'épreuve mixte de l'eau et de la soif montre que la réduction considérable du taux des boissons supprime totalement et immédiatement la polyurie. Il n'existe donc pas de fuite rénale de l'eau comme chez les enfants atteints de diabète insipide précédemment étudié à l'aide de cette épreuve.

2° Cet enfant présentait depuis plus de 3 mois un syndrome polyuridipsique atteignant certains jours le tiers de son poids (3.300 cg. pour 10 kg. 950). Or la suppression brutale des boissons a supprimé immédiatement et totalement la polyurie : il n'existe donc pas chez cet enfant, habitué de longue date

à ingérer de grands volumes hydriques, la moindre accoutumance polyurique.

3° La concentration du NaCl urinaire au-dessus du taux du sang peut être obtenue en permanence par la simple réduction des liquides, et même sans injection de post-hypophyse.

4° Cette étude démontre donc — peut-être pour la première fois — que le syndrome polyuridipsique qui accompagne la maladie de Schüller-Christian peut ne pas être un diabète insipide avec fuite rénale de l'eau, mais une polydipsie primaire.

— M. Lhermitte. Il faut distinguer 2 types de diabète insipide: le classique, avec l'énorme fuite d'eau par le rein; l'autre, dû à la polydipsie. La discrimination est facile par l'épreuve de l'eau. Les potomanes et les dispomanes constituent des catégories distinctes. Les lésions de l'infundibulum sont fréquentes dans la maladie de Schüller-Christian.

Rectification de l'intervention de M. Even à propos de la communication de MM. Rist et Lemoine sur la *Silicose pulmonaire d'origine longtemps méconnue; tuberculose terminale* à la Séance du 28 Janvier 1944 de la Société Médicale des Hôpitaux (*in La Presse Médicale*, 19 Février 1944, n° 4, 56). Au lieu de: que la silicose soit habituellement nécessaire pour le développement de la tuberculose, lire: que la tuberculose soit habituellement nécessaire pour le développement de la silicose.

P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

12 Février 1944.

Relation entre la thyroïde et la fonction mélanophorique hypophysaire. — MM. A. Giroud, Ph. Kfouri et M. Martinet étudient les rapports fonctionnels de l'hormone thyroïdienne et de l'hormone mélanophorique qui est l'hormone hypophysaire activant la pigmentogenèse. L'ablation de la thyroïde détermine dans l'hypophyse l'accroissement de l'hormone mélanophorique. L'administration de thyroxine détermine son abaissement. On peut en conclure que la thyroïde pourrait devoir son pouvoir dépigmentant à son action inhibitrice sur la production d'hormone mélanotrope.

Réaction vaginale et antagonisme hormonal. — MM. R. Courrier et G. Poumeau-Delille montrent qu'en injectant à des rates castrées de la folliculine (2 γ 5) et de la progestérone (2 mg. 5) dans un rapport F/P = 1/500 l'action kératinisante de la folliculine est inhibée.

La mucification vaginale est constante à partir du 6e jour; la kératinisation passagère observée du 4e au 5e jour sur les frottis vaginaux disparaît rapidement lorsque l'effet de la progestérone a eu le temps de se manifester. Mêmes résultats sont obtenus soit en faisant varier le rapport F/P à 1/1.000 ou 1/2.000, soit pour un même rapport de F/P = 1/500, avec des valeurs absolues différentes, par exemple folliculine, 5 γ ; progestérone, 2 mg. 5.

Les troubles d'origine médullaire dans l'intoxication par le triorthocrésylphosphate. — MM. Georges Guillain et P. Mollaret, s'appuyant sur l'observation de 12 cas de troubles paralytiques consécutifs à l'usage d'aliments préparés avec des huiles industrielles contenant du triorthocrésylphosphate, attirent l'attention sur l'erreur de considérer ces troubles comme uniquement dus à des polynévrites. Si celles-ci sont incontestables, il existe aussi des lésions des cornes antérieures de la moelle et des voies pyramidales.

Empêchement par le chlorhydrate de para-aminobenzoyldiéthylamino-éthanol (novocaïne) et par l'atropine de l'apnée acétylcholinique chez le chien. — M. R. Hazard, Mlle E. Corteggiani et M. J. Cheymol.

La respiration du muscle du lapin suivant l'âge. — MM. J. Cheymol et A. Pelou.

La vitamine P et l'inactivation de l'adrénaline dans l'organisme. Ralentissement de cette inactivation par l'épicotéchine. — MM. Jean-Louis Parrot et Jean Lavollay.

Les nucléoprotéides et phospholipides du bacille de Koch, poisons tuberculeux de la lésion (fibrose, nécrose), de l'hyperthermie et facteurs d'amaigrissement. Action protectrice des ferments dégradateurs. — M. F. Maignon.

A. Escalier.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

6 Janvier 1944.

Sur l'« équipement toxique » général des bactéries du groupe entérique. — M. A. Boivin et Mme Y. Lehoult. Ce qu'on connaît de cet équipement paraît peu susceptible d'expliquer la diversité des affections provoquées par ces bactéries. On a lieu de penser qu'une part importante de l'action nocive d'un germe entérique résulte de l'ensemble des perturbations physico-chimiques et chimiques qu'il impose aux cellules et aux humeurs de l'hôte.

Recherches sur les nucléoprotéides des micro-organismes. I. Contribution à l'étude du problème analytique. — MM. R. Sarciron, R. Vendrely et Mlle O. Briand, pour effectuer le dosage de l'acide nucléique des micro-organismes, procèdent au dosage des bases puriques constituants de cet acide nucléique. La méthode de Kruger et Schmidt, à condition d'appliquer certaines corrections à ses résultats, s'est montrée satisfaisante.

Etudes sur la pneumopathie des cobayes. I. La maladie expérimentale. — M. P. Lépine et Mlle V. Sautter. Cette maladie spontanée du cobaye, due à un ultravirus, est caractérisée par une pneumopathie centripète et par des lésions histologiques intenses de la rate. On trouve dans les cellules alvéolaires du poumon les inclusions spécifiques intranucléaires. La maladie, peu contagieuse, est toujours fatale et le cobaye est jusqu'ici le seul animal sensible.

Le mécanisme de la fluorescence des cultures d'Escherichia dans les milieux de culture en eau peptonée au rouge neutre. — MM. R. Pirot, M. Bourgain et J. Dufau-Casanabe.

Sur un pied de pomme de terre dépourvu de tubercules. — MM. J. Magrou, J. Bouget et Ch. Bouget.

Unité de forme et de dimensions des gros ultravirus. — M. P. Bonét-Maury.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

17 Octobre 1943.

Le cœur en galette. — MM. C. Lian, J. Facquet et M. Marchal montrent que dans le thorax en entonnoir les dimensions radiologiques du cœur peuvent être notablement augmentées en position frontale, tandis qu'elles sont fortement diminuées en position transverse. Ces faits sont importants à connaître, car, dans plusieurs observations, les malades avaient été considérés comme des cardiaques. En fait, si l'on songe à prendre en considération les dimensions très diminuées du cœur dans le sens antéro-postérieur, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'un gros cœur, mais d'un cœur aplati, en galette.

Dans la plupart des cas le cœur est refoulé vers la gauche en même temps qu'aplati et son bord droit peut être masqué par la colonne vertébrale, ce qui peut conduire à une majoration illicite des dimensions cardiaques en position frontale.

La notion de cœur en galette s'applique à certains thorax plats, en l'absence même de la déformation en entonnoir.

Contribution à l'étude de la dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — MM. J. Lequime, J. Van Heerswynghels et M. Herlant. Observation anatomo-clinique d'une malade présentant le syndrome « grosse pulmonaire-petite aorte », chez qui il existait une communication interauriculaire et une communication interventriculaire. Les méthodes gazométriques de détermination des shunts ont permis de mettre en évidence chez le sujet étudié l'existence d'un shunt veino-artériel considérable. L'application de telles méthodes à l'étude des cardiopathies congénitales de ce type paraît devoir être généralisée; elle permettra, en effet, de déterminer avec précision si un syndrome « grosse pulmonaire-petite aorte » donné s'accompagne ou non de communication anormale entre les cavités cardiaques.

Autopsie d'un cas de dilatation segmentaire congénitale de l'artère pulmonaire. — M. J. Lenègre, Mme J. Roudinesco et Mlle G. Marquis. Suite et fin de la 2e observation d'une communication de ces auteurs à la séance du 21 Mars 1943 de la Société Française de Cardiologie. Le malade meurt à 33 ans d'hémorragie intestinale sans insuffisance cardiaque. A l'autopsie: gros cœur triloculaire avec cavité ventriculaire unique (pas de cloison interventriculaire) à peine dilatée. Parois ventriculaires très épaissies. Orifices auriculo-ventriculaires et oreillettes (la gauche petite) sensiblement normaux. L'aorte et la pulmonaire, séparées par une amorce de cloison, naissent à cheval sur la base de la cavité ventriculaire, la première, petite, excentrée en avant, la deuxième, dilatée, postérieure. Du fait de l'inversion des 2 vaisseaux, la disposition de leurs 3 valvules est inversée. L'orifice pulmonaire est assez élargi pour que l'on puisse rapporter le gros souffle diastolique perçu pendant la vie à une insuffisance des sigmoïdes pulmonaires par ailleurs infiltrées et rigides. La dilatation et l'athérome de la pulmonaire augmentent à mesure qu'on se rapproche de la bifurcation, où le vaisseau monstrueux réalise avec ses 2 branches très élargies un véritable lac artériel.

Troubles électrocardiographiques dans un cas de botulisme. — M. Fr. Joly. Une bradycardie à 44 et des modifications électriques consistant en une dépression en cuvette de l'espace ST avec diphasisme de l'onde T dans les 3 dérivations standard ont persisté pendant les 8 mois qu'a duré l'évolution de ce cas anormalement intense (forme polynévritique), durable, et pourtant curable.

Il est probable que des altérations électro-cardiographiques n'apparaissent dans le botulisme que dans les formes graves, prolongées et diffuses.

Indications données par l'examen cardiaque pour le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. — M. J. de Brux fait d'abord une nette séparation entre les hypertensions d'origine néphritique vraie et celles dues à une néphro-angiosclérose maligne, car le symptôme est le même, mais la maladie est différente.

1° Dans les hypertensions artérielles liées à une néphrite, l'examen du cœur doit être fait très soigneusement par la clinique, l'orthodiagramme et l'ECG. Il faut écarter du traitement chirurgical tout sujet dont le myocarde témoigne de la moindre déficience, pour si minime qu'elle paraisse. L'état du rein est relativement peu important.

2° Dans les néphro-angio-scléroses malignes, au contraire, l'existence d'une déficience rénale doit faire rejeter l'intervention. Si le rein est en bon état on peut intervenir, même si le cœur présente des signes légers de défaillance.

3° L'examen du cœur doit être fait pour le choix de l'intervention de façon à rechercher la « marge de sécurité myocardique », faute de quoi on risque de voir survenir quelques heures après l'intervention un shock difficilement surmontable.

L'électrocardiogramme dans la sténose aortique orificielle. — MM. D. Routier et P. Dailhen-Geoffroy.

Troubles cardiaques dans un cas de maladie de Friedreich. — MM. Ledoux et Surdey.

Un nouveau cas de péri-artérite noueuse de Kussmaul-Maïer. — MM. Bérard et Lesbros.

Accès de tachycardie paroxystique (flutter probable) guéris par la thyroïdectomie. — M. Bérard (Saint-Etienne).

Altérations électrocardiographiques passagères après une crise de tachycardie paroxystique. — M. Fr. Joly.

Cancer du cœur secondaire à un séminome. — MM. Roques, J. Fabre, de Brux et Bollinelli.

Maladie de Bouveret à terminaison anormale. Troubles de la conductibilité avec arythmie paroxysmale. Mort subite en cours d'accès. — MM. R. Froment, P. Blondet et B. Coblentz.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

9 Décembre 1943.

Corrélations pathologiques de l'« Acanthosis nigricans ». La « polyplastose » congénitale. — M. Touraine, au vu des 383 cas publiés, montre la fréquence, au cours de l'acanthosis, de multiples anomalies congénitales. Les unes sont d'origine ectodermique (nævi divers, kératose palmo-plantaire, hyperidrose, hypertrichose, pachyonychie, langue scrotale, papillomatose des muqueuses stratifiées, épilepsie, oligophrénie, déséquilibre vagosympathique, etc.). D'autres sont d'origine mésenchymateuse: dysendocrinies diverses, troubles du métabolisme (obésité, syndrome adiposo-génital, diabète), troubles du développement (infantilisme, probabilité d'un facteur létal). Certaines enfin sont d'origine endodermique: papillomatose des muqueuses digestives. Ces anomalies se combinent très souvent en polysyndromes.

Le cancer (surtout digestif, mais aussi de tous les tissus) se voit dans 32 pour 100 des cas; il accompagne, suit ou précède l'acanthosis; on ne saurait donc faire de celui-ci la cause ou la conséquence du cancer.

L'acanthosis doit donc être considéré comme une génodermatose. Mais il n'est que l'un des éléments d'un état constitutionnel d'hyperplasie ou d'hyperfonctionnement, congénital et souvent héréditaire en dominance régulière, dont le cancer est le stade ultime. Cet état doit être désigné sous le nom de « polyplastose congénitale ».

Mort au cours d'un traitement arsénical (dosage de l'arsenic dans quelques viscères). — MM. Touraine, Chéramy et Hadengue ont dosé l'arsenic dans quelques viscères d'une femme morte le 4e jour après la dernière injection d'une série régulière d'arsenic supportée jusque-là sans aucun incident; le tableau était celui de l'encéphalopathie arsenicale classique. Pas d'autre lésion autopsique qu'une légère congestion des centres ovales. La dose d'arsenic était la même dans le cerveau et le bulbe que dans le sang (1 mg. par kilogramme); elle était 6 fois plus forte dans le foie (6 mg.), 7 fois dans le corps thyroïde (7 mg. 1), 14 fois dans la surrénale (14 mg.); traces indosables dans le liquide céphalo-rachidien.

A propos du traitement de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. Sézary et Rabut ont observé un cas typique de maladie de B.-B.-S. (sarcoïdes dermiques diffuses, aspect granulique des poumons et ostéite cystoïde à la radiographie, lésions histologiques classiques et pures) dans lequel le traitement par des injections intramusculaires de sulfarsénol et les inoculations intradermiques de tuberculine au 1/1.000 ont amené en deux nuits la régression des lésions cutanées, tandis que les images pulmonaires et osseuses ne sont pas encore modifiées. Les tuberculino-réactions, négatives avant le traitement, sont devenues nettement et régulièrement positives.

Les réticuloses épithélioïdes et la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — M. Sézary considérant la multiplicité des formes cliniques de la maladie de B.-B.-S. (nombreux types de lésions cutanées, diversité des signes généraux, de l'évolution, de la curabilité) en place le critérium dans l'histologie (présence d'amas de cellules épithélioïdes); puis les lésions constatées offrent aussi de nombreuses variantes. Aussi propose-t-il de distinguer, dans le vaste ensemble des réticuloses, un groupement, celui des réticuloses épithélioïdes, dont l'unité résiderait dans la seule présence de cellules épithélioïdes, la raison d'être dans l'ignorance complète de leur étiologie et dont la maladie de B.-B.-S. serait le type le plus évolué et le plus pur.

Maladie de Kaposi et troubles nerveux. — MM. Sézary, Bolgert et Sénécal ont observé chez une femme atteinte d'une maladie de Kaposi encore discrète des troubles nerveux consistant en faiblesse musculaire avec atrophie, signe de Babinski, réflexes vifs sans clonus, sans aucun trouble cérébelleux, sensitif ou sphinctérien, avec liquide céphalo-rachidien totalement normal. Les auteurs sont peu disposés à admettre l'existence d'une sclérose en plaques concomitante. Ils pensent plutôt à l'existence de lésions kaposiennes du névraxe, sans souscrire pour cela à la théorie de l'origine nerveuse de l'affection.

Réticulose du visage. — MM. Sézary, Bolgert et Sénécal présentent une malade qui porte sur le visage, depuis 4 ans, plusieurs plaques légèrement infiltrées simulant le lupus érythémateux ou le mycosis fongoïde. La biopsie montre une réticulose distincte du mycosis formée d'histiocytes volumineux et de cellules lymphocytoïdes, avec quelques plages de plasmocytes.

Réticulo-endothéliose lupoïde sans structure épithélioïde. — MM. Gougerot, Bouvier et Duperrat ont observé chez une femme de 50 ans une petite lésion lupoïde, surélevée, infiltrée, du sein gauche avec ganglion axillaire, froid et indolent; tuberculino-réaction faiblement positive. On ne pouvait discuter cliniquement que le diagnostic de lupome ou de maladie de Schaumann; or l'histologie montra qu'il s'agissait d'une réticulo-endothéliose, sans amas épithélioïdes, ni cellules géantes.

Si l'on accepte que cette maladie est une maladie de Schaumann atypique, il faut admettre des *formes atypiques* histologiquement de la maladie de Schaumann et réviser les critères microscopiques de cette affection; ou bien il faut retenir que des réticulo-endothélioses distinctes étiologiquement et nosologiquement de la maladie de Schaumann peuvent être lupoïdes et être distinctes de la forme lupoïde de la maladie de Schaumann.

Réticulose épithélioïde. — MM. Degos, Garnier et Delort rapportent un cas de *forme aiguë de maladie de Schaumann*, caractérisée par une éruption généralisée à début brusque de nodules sarcoïdiques avec infiltrat lupoïde à la vitropression, effacée en 3 mois; la radiographie pulmonaire montra un granité qui disparut en un mois; les réactions tuberculiniques étaient négatives; manifestations rénales et cardiaques concomitantes. La biopsie cutanée montra un infiltrat épithélioïde en plages péri-vasculaires à bords peu nets.

— MM. Milian et Civatte soulignent la ressemblance de ces lésions cutanées avec celles de la syphilis secondo-tertiaire.

Un cas de mort après ingestion de sulfamides. — MM. Périn, Lafontaine et Payenneville ont observé une femme atteinte de syphilis ancienne, qui pour une gonococcie reçut 9 g. de lysothiazol (1 g. toutes les heures, dans un verre d'eau) de 9 h. à 18 h.; le soir même, céphalée, agitation, convulsions et mort dans la nuit. A l'autopsie: hémorragies cérébro-méningées des 2 hémisphères et lésions d'artérite cérébrale dues vraisemblablement à la syphilis. La malade avait reçu une dose de 75 cg. de novarsenobenzol 7 jours avant sa mort.

Aménorrhées syphilitiques. — MM. Périn, Leclercq et Lafontaine ont observé, sur 565 femmes syphilitiques, 12 à 33 pour 100 d'aménorrhées; le pourcentage est d'autant plus élevé que l'infection est plus ancienne. Inversement, sur 24 femmes atteintes d'aménorrhée essentielle ou inexpliquée, ils dépistèrent l'existence d'une syphilis acquise ou héréditaire dans 6 cas (25 pour 100).

Vaginite granuleuse. — MM. Rabut, Bolgert et Serres ont étudié la vaginite granuleuse chez des femmes enceintes et gonococciques; il semble que cette affection puisse être interprétée comme un trouble vaso-moteur.

Bouton d'huile sans mélanose. — MM. Ch. Simon et Cantonnet ont observé, chez 2 ouvrières fileteuses dont les avant-bras sont en contact avec l'huile d'anthracène, des boutons d'huile sans mélange de mélanose.

Carences et dermatoses. — MM. Flurin et Valette font remarquer que les lésions infectieuses de la peau semblent actuellement augmenter, surtout chez les sujets atteints d'eczématides discrètes et souffrant de carences diverses ; ces sujets paraissent sensibilisés aux microbes des infections cutanées. Une amélioration a pu être obtenue chez ces malades par le soufre-arsenic, le calcium, l'opothérapie hormonale et vitaminique.

Mélanome et métastases. — MM. Godart et Grimond rapportent un cas de métastases nævo-carcinomateuses et sous-cutanées secondaires à un mélanome de la face traité par radiothérapie 5 ans auparavant.

Mélanose de Riehl et lichen plan. — MM. Gougerot, Brulé, Duperrat et Mlle Eyraud présentent une femme de 43 ans atteinte d'un érythème pigmentogène intense, réticulé, ponctué, de la face, du cou et de la partie antérieure des avant-bras, sans prurit. Il existe en même temps un lichen plan lingual.

Eczéma dû au cuir d'un bracelet. — MM. Gougerot et Burnier ont observé un eczéma annulaire du poignet causé par le port d'un bracelet-montre ; la peau était intacte au niveau de la montre en nickel, par contre elle était eczématisée au niveau du cuir du bracelet.

Eczémas professionnels. — MM. Gougerot et Courjaret ont observé chez un malade un eczéma professionnel dû à la *peinture;* le test était positif avec la peinture.
Ils ont également observé un eczéma professionnel par le *plomb* chez un plombier ; le test était positif au plomb.

— M. Gougerot a observé un eczéma professionnel dû au *zirconium* (silice + magnésium) ; le test était positif à la silice.

Sclérodermie. — MM. Weissenbach, Martineau et Deslandes présentent un jeune garçon de 11 ans atteint de sclérodermie progressive, à topographie segmentaire avec ulcérations trophiques du coude droit et de la région malléolaire gauche ; une amélioration fut obtenue par la testostérone.

— M. Costes a également obtenu une amélioration de la sclérodermie par la testostérone.

Erythrodermie arsenicale et zona. — MM. Fernet et Collard ont observé chez une syphilitique traitée par le bismuth et le sulfarsénol un zona lombo-fémoral droit et, 7 jours après, une érythrodermie généralisée, sauf aux régions atteintes par le zona.

Traitement des tuberculoses cutanées. — M. Charpy préconise l'administration buccale à doses suffisantes de vitamine D2 (180 mg. de stérogyl 15 en solution alcoolique), associé au gluconate de calcium par la bouche. L'auteur a obtenu par cette méthode la guérison clinique complète de lupus tuberculeux (8 sur 30 cas traités) ; de bons résultats ont également été obtenus dans l'orchite tuberculeuse, les adénites, les tuberculides papulo-nécrotiques, l'érythème induré; échec dans le lupus érythémateux.

Mélanoses du visage et du cou. — MM. Joulia, Le Coulant et Servantie rapportent 17 cas de mélanose de Riehl ; ces lésions érythémato-pigmentaires, suivies souvent d'une atrophie réticulée, s'accompagnent souvent de troubles endocriniens (insuffisance corticale surrénale, hyperthyroïdie, hypo- ou dysovarie, hyperparathyroïdie, sous la dépendance de l'hyperfonctionnement de l'hypophyse), d'hypo-vitaminose (diminution d'acide ascorbique), de troubles humoraux (abaissement du rapport urée/chlorures, hyperglobulie). La disparition de la pigmentation peut survenir entre 3 semaines et 3 mois par association prolongée de vitamine C, d'extrait cortical surrénal sans adrénaline et d'hématoéthyroïdine.

Photodynamisme d'une cétone d'ombellifères et de conifères: la fenchone. — MM. Jausion, Calop et Carlier rapportent que la fenchone, du fenouil et du thuya, employée en badigeons superficiels, soumis à l'irradiation simili-solaire, s'est affirmée, en regard des tests sensitométriques, comme un photocatalyseur très appréciable, et ce, chez 10 patients sur 14, notamment chez 4 affectés de lucites. Inversement, la β-méthyl-ombelliférone, autre cétone d'ombellifères, s'est comportée, 6 fois sur 10, comme un antiphotocatalyseur. Le mode d'application, le choix de la lampe, le régime médicamenteux et le terrain du patient interviennent dans ces épreuves, qui n'en demeurent pas moins significatives.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

18 Octobre 1943.

Trois échecs d'infiltration lombaire pour anurie. — M. P. Bouteau. Il s'agissait d'une hépato-néphrite, d'une néphrite chronique arrivée au stade de destruction complète du parenchyme, enfin d'une anurie de cause inconnue datant de 48 heures. L'auteur pense que devant l'ignorance de l'étiologie de certaines anuries, il est peut-être imprudent de perdre du temps avec l'infiltration et qu'il vaut mieux opérer.

— M. R. Gouverneur partage l'avis de M. Bouteau, l'infiltration ne devant être réservée qu'à la période de début des anuries.

— M. M. Chevassu rappelle l'efficacité du traitement médical dans les anuries.

Un cas de néphrographie. — MM. Fey et Truchot. Une première U. I. V. pratiquée chez une malade soupçonnée de tuberculose rénale s'accompagna de douleurs épigastriques et de vomissements ; les clichés montrèrent des images de néphrographie absolue.
Une deuxième U. I. V. faite 8 jours plus tard, sans incident, montra la persistance de la visibilité du rein mais avec image des voies excrétrices.

— M. J. Pérard a observé une image de néphrographie au cours d'une colique néphrétique avant l'élimination du calcul.

— M. M. Chevassu rappelle l'intérêt de l'U. P.R. pour montrer l'obstacle urétéral, vraisemblablement responsable de la néphrographie.

— M. Wolfromm explique la néphrographie par la mise en tension brutale d'une mince veine d'urine sous la contraction spasmodique du conduit urétéro-caliciel.

La sulfamidothérapie des affections gangréneuses en urologie. — M. Patoir (Lille). M. G. Marion, rapporteur. Efficacité des sulfamides dans 2 infiltrations d'urine, un phlegmon gangréneux de la cavité de Retzius et une gangrène foudroyante de la verge. L'application locale des sulfamides semble devoir nettement améliorer l'évolution des lésions, une fois mises à plat par l'acte chirurgical.

Résection endourétrale de la prostate. Indications de la résection endourétrale et de la prostatectomie dans le traitement de la rétention prostatique. — M. R. Denis (Mâcon). Cette communication repose sur 600 cas de résection avec une mortalité de 2 pour 100.
Voici les règles préconisées par l'auteur : emploi de l'anesthésie épidurale, nécessité de surveiller constamment la tension au cours de l'intervention, savoir s'arrêter si le malade saigne trop ou s'il se fatigue, faire un lavage continu avec sonde urétrale à double courant pendant les 24 heures qui suivent l'intervention, faire une résection complémentaire lorsque le résidu est supérieur à 100 cm^3, 3 jours après l'ablation de la sonde.
Tous les adénomes d'un poids de 50 g. sont redevables de la résection, ceux d'un poids de 100 g. appartiennent à la prostatectomie ; résection et prostatectomie se partagent les adénomes d'un poids variant entre 50 et 100 g. Dans 95 pour 100 des cas c'est à la résection que l'auteur s'est adressé.

— M. Michon, rapporteur de cette communication, rappelle que sa mortalité pour prostatectomie est de 2 pour 100 et pense qu'une mortalité de 2 pour 100 pour résection sera abaissée si on renonce à la résection pour les adénomes dépassant 40 g. Il se montre très partisan de l'épidurale, de la surveillance de la tension lors de la résection et des résections complémentaires précoces.

Réfection d'une vessie avec urètre continent pour une malformation, peut être congénitale. — M. P. Vincent (Nantes). M. Dossot, rapporteur.

15 Novembre.

Sur la plicature vésicale de Rochet. — M. V. Richer (Lyon) rapporte une observation d'énorme dilatation vésicale par adénome, les résultats seulement transitoires de la plicature lui font se demander si dans certains cas la cystectomie subtotale ne serait pas préférable.

Rétention complète depuis 18 mois. Guérison après section des nerfs hypogastriques et résection partielle des ganglions hypogastriques. — M. P. Verrière. Il s'agissait d'une rétention apparue à la suite d'un épisode fébrile indéterminé. Une section du col avait été pratiquée sans résultat.

Un cas d'anthrax du rein traité par l'énucléation. Guérison. — M. P. Verrière. L'anthrax siégeait au pôle inférieur et était accompagné d'une gangue périrénale avec abcès.

— M. Chevassu pense qu'il vaut mieux se contenter d'inciser le phlegmon dans un premier temps et n'attaquer le rein que si la fièvre persiste.

Néphropexie pour hydronéphrose sur un rein en fer à cheval. Intérêt de l'énervation pédiculaire associée. — M. P. Gaume. Dans l'observation rapportée il n'avait pas été fait d'énervation pédiculaire ; la persistance des douleurs a fait pratiquer une splanchnectomie mais ses résultats ne furent que passagers.

— M. Louis Michon ne pense pas qu'une néphropexie puisse guérir une petite hydronéphrose développée sur un rein en fer à cheval et par conséquent non mobile.

— M. Chevassu souligne qu'il peut être imprudent de remonter l'hémirein dont le pédicule peut avoir une origine basse.

— M. Fey a constaté une fistule après avoir remonté un hémirein après section de l'isthme et il l'explique par la section d'un vaisseau anormal.

Un gros kyste séreux du rein. — M. Barret (Angoulême).

— M. Gouverneur qui rapporte cette observation insiste sur l'utilité du traitement conservateur qui consiste en une résection en collerette de toute la paroi du kyste qui fait saillie hors du parenchyme.

— MM. Marion et Pérard condamnent sans appel la technique de la prostatectomie à ciel ouvert, à propos de la communication de M. Fabre rapportée par M. Couvelaire à la séance du mois de Septembre.

René Küss.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

20 Décembre 1943.

Botulisme ou diphtérie? — MM. Moulonguet et Du Buit viennent d'observer 2 malades qui ont présenté simultanément les symptômes suivants : paralysie de l'accommodation, parésie pharyngée entraînant une sérieuse dysphagie, sécheresse de la bouche, asthénie. Chez l'une des 2 malades il y avait en outre abolition des réflexes achilléen et patellaire. Il n'y avait pas eu d'angine antérieurement et l'ensemencement pharyngé est resté négatif. Les auteurs pensent qu'il s'agit de botulisme dont quelques cas à manifestations pharyngées ont été récemment signalés.

Injections de novocaïne en O.-R.-L. — MM. Jourdan et Meresse ont utilisé la novocaïne intraveineuse dans un certain nombre de syndromes oto-rhino-laryngés. Ils ont obtenu d'éclatants succès dans les manifestations allergiques nasales et également dans certaines causalgies.

Enregistrement électrique des nystagmus. — M. R. Caussé montre l'intérêt, pour l'étude du nystagmus, de la technique qui met à profit les différences de potentiel rétino-cornéennes. On peut ainsi mettre en évidence l'influence de la fermeture ou de l'ouverture des yeux sur le nystagmus spontané ou provoqué. L'antagonisme des actions vestibulaire et visuelle est, par ce procédé d'enregistrement, rendu particulièrement évident, par exemple dans le cas de nystagmus spontané congénital et dans celui du nystagmus dit latent où la fermeture d'un seul œil provoque des changements de sens des secousses oculaires.

Cavité d'évidement. Absence de cicatrisation depuis 8 ans. — M. Bérard.

Sudation jugale unilatérale pendant la mastication. — M. Liébault.

Nouveaux cas d'imperforation du conduit auditif avec aplasie du pavillon. Résultats opératoires. — M. Marcel Ombrédanne.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

13 Décembre 1943.

Emploi du laudanum en injection hypodermique par les toxicomanes. — M. L.-H. Griffon rapporte l'observation d'une femme qui, à la place de morphine, difficilement procurable à l'heure actuelle, se faisait des injections de laudanum, grâce à des ordonnances de complaisance. Il fut trouvé sous ses vêtements tout un nécessaire de toxicomane ainsi que des flacons ayant contenu et contenant du laudanum. La dernière dose injectée semble avoir été de 20 cm^3 dans un espace de temps très court, à la suite de laquelle des phénomènes graves d'intoxication survinrent et aboutirent à la mort. La dose mortelle habituelle varie entre 10 et 15 cm^3.

Syndrome thalamique avec hémiplégie et amblyopie unilatérale consécutifs à la foudre. — M. Fromenty a observé, 11 jours après une fulguration, une hémiparésie avec rigidité musculaire, trouble de la sensibilité et amblyopie unilatérale dus vraisemblablement à des hémorragies discrètes au niveau des noyaux gris de la base du cerveau et ayant irrité la capsule interne.

Du respect du secret médical par le médecin fonctionnaire dans ses rapports avec les agents de l'administration des Finances. — M. G.-L. Duval indique qu'en vertu de l'article 151 du Code général des impôts directs, le médecin fonctionnaire, en l'espèce le médecin directeur d'un service municipal d'hygiène, est tenu de donner aux agents de l'administration des Finances, ayant au moins le grade de contrôleur, tous renseignements, même d'ordre confidentiel, leur permettant d'établir les impôts. Il ne peut être opposé l'article 378 du Code pénal. Ainsi un médecin d'un bureau d'hygiène doit fournir les indications relatives aux déclarations d'accouchements qui sont nécessaires à l'administration des Finances pour imposer les praticiens et les sages-femmes.

Intoxication aiguë par ingestion accidentelle de trichloréthylène. — M. R. Henry a eu l'occasion d'observer un coma consécutif à l'ingestion d'une gorgée de trichloréthylène. Il s'agissait d'un coma profond et persistant pendant 30 heures, compliqué d'œdème aigu pulmonaire, jugulé par saignée et particulièrement par injections réitérées intraveineuses d'une solution bicarbonatée.

Suffocation intra-utérine par bouchons intra-bronchiques de « Vernix caseosa ». — M. L. Dérobert.

10 Janvier 1944.

Vœu présenté par M. Griffon relatif à l'emploi du laudanum. — La Société a voté à l'unanimité le vœu suivant: 1° que soit abrogée la dérogation de l'article 38 du décret du 20 Mars 1930 concernant le renouvellement des ordonnances prescrivant le laudanum, en nature, à une dose n'excédant pas 5 g.; 2° qu'un contrôle sévère des ordonnances comportant ce médicament soit effectué ; 3° que soit envisagée de supprimer aux sages-femmes la possibilité de se procurer sur demande écrite le laudanum en quantité ne dépassant pas 10 g. pour l'exercice de leur profession, aux termes de l'arrêté du 24 Mars 1943.

Ostéomyélite vertébrale, accident du travail, par métastase d'une infection staphylococcique de la main. — MM. Miller et Guidoux démontrent, dans cette observation, l'intérêt de pratiquer des autopsies complètes : l'examen macroscopique de la moelle épinière a permis de constater l'existence de quelques gouttes de pus au niveau de la 1re dorsale. Un examen anatomo-pathologique et bactériologique confirmèrent la métastase septico-pyohémique.

Détermination du sens du trajet d'une balle de revolver par l'examen d'une côte. — M. J. Trillot, par l'examen des lésions produites par une balle, sur une côte, indique les éléments permettant de fixer le sens du trajet d'un projectile.

Le traitement radiesthésique est-il une escroquerie? — MM. d'Heucqueville et Kah.

Un médecin, juge au Tribunal des Pensions, peut-il, même investi d'une mission officielle d'enquête, se faire donner les diagnostics d'entrée à l'hôpital et de décès d'un malade sans être complice d'une violation du secret professionnel? — M. Muller.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

29 Janvier 1944.

De la signification pathogénique de l'hyperplasie cortico-surrénalienne des hypertensions paroxystiques. — MM. Kervarec et Corteel, résumant les constatations expérimentales de divers physiologistes, estiment que certaines hypertensions paroxystiques sont dues à une hyperplasie cortico-surrénale dont la cause véritable et lointaine est une hypolutéinémie ; cette dernière amène une sécrétion exagérée de cortine, hormone progestative et hypertensive. Le traitement lutéinique, mettant au repos le cortex surrénal, fait disparaître d'abord les troubles subjectifs puis les paroxysmes hypertensifs.

Les réactions enzymologiques dans le diagnostic des endocrinopathies. — M. Huet décrit une nouvelle technique de réaction enzymologique basée sur la mise en présence des urines ou du sérum de substrats glandulaires.
Cette réaction permet d'étayer un diagnostic étiologique précis dans les cas de syndromes pluriglandulaires.
L'auteur apporte de nombreuses observations à l'appui de sa thèse.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

22 Novembre 1943.

Les troubles mnésiques consécutifs à l'électro-choc. — M. Heuyer et Mlle Peras. Etude expérimentale par les tests, de l'amnésie de l'électrochoc.

L'électro-choc chez l'enfant et l'adolescent. — MM. Heuyer, Bour et Leroy. Résultats favorables dans l'hystérie, assez favorables dans la maladie des tics. Action médiocre dans les autres

syndromes caractériels de l'enfance. Les auteurs insistent sur la sensibilité extrême de l'enfant au choc électrique et sur la tolérance relative du cerveau aux effets du choc.

Accidents musculaires, articulaires et osseux au cours des électrochocs. — MM. G. Ferdière et J. La Trémolières, au cours de 700 électrochocs, ont observé (les subluxations maxillaires et les lombagos mis à part) un enfoncement du cotyle, un arrachement du bord inférieur de la glène, 2 fractures vertébrales (la 1re au niveau de la « courbe de retour » d'une scoliose légère, la 2e au niveau de D6). Ce dernier accident leur paraît réservé à l'homme bien musclé.

Mutisme chez une obsédée. Thérapeutique de choc et intimidation. — MM. J.-F. Buvat et Laurent Stevenin. Observation d'une jeune obsédée de 22 ans qui, depuis 6 mois, présentait un mutisme complet d'origine psychogène. Quelques séances d'électrochoc eurent raison de celui-ci, mais elle continuait à garder les lèvres serrées par habitude acquise, et seule l'association de faradisation douloureuse la contraignit à parler normalement.

Il ne s'agissait pas d'une pithiatique vraie, l'intimidation et le torpillage avaient d'abord échoué, déterminant une vive anxiété et aggravant l'état obsessionnel. L'électrochoc, d'autre part, n'a pas suffi. La douleur était indispensable pour faire rompre l'habitude de mutisme, une fois l'obsession oubliée. Les auteurs se demandent si le cardiazol ne serait pas indiqué dans des états similaires en raison de son pouvoir d'intimidation considérable.

Pycnolepsie émotive sympathicotonique. Action de l'acétylcholine. — MM. Picard et Robet.

Résurgence des instincts alimentaires à la faveur de la disette chez des psychopathes. — MM. J. Vié et P. Marty.

Manichéisme délirant passager, Rorschach post-psychosique. — MM. G. Ferdière et Tosquelles.

13 Décembre.

Chocs cardiazolique et électrique au cours de la narcose au protoxyde d'azote et au tribrométhanol. — MM. Montassut, G. Jacquot, J. Sauguet et R. Leulier. Expérimentation dans le but d'associer les effets de la convulsivothérapie et de la narcose et de préciser la pathogénie du choc. Le protoxyde d'azote n'entrave pas la crise convulsive. Le tribrométhanol modère l'électrochoc et entrave plus nettement l'action du cardiazol. Pour supprimer l'angoisse du post-électrochoc, les auteurs administrent la narcose aussitôt la crise, pendant la stupeur. Ces résultats ne permettent pas d'opposer le mécanisme et le lieu d'action des convulsivothérapies électrique et cardiazolique.

Invigoration psychique au cours de l'anoxémie provoquée. — MM. Montassut, G. Jacquot, J. Sauguet et R. Leulier. L'anoxémie paraît jouer un rôle constant dans les thérapeutiques psychiatriques actuelles (coma insulinique, narcose, apnée de convulsivothérapie). Les auteurs ont réalisé cette apnée par l'inhalation de protoxyde d'azote en circuit fermé sans admission d'oxygène. Les manifestations cliniques et humorales présentent de nombreuses analogies avec celles des autres thérapeutiques. L'amélioration des fonctions instinctives et affectives paraît plus sensible. La méthode a l'avantage de réaliser une induction moins brutale de l'apnée.

Délire imaginatif de jalousie à réactions pseudo-passionnelles. — MM. X. Abely et J. Naudascher, à l'occasion de cette observation, tentent de déterminer les caractères essentiels du délire passionnel et de préciser sa situation nosologique.

Le traitement des états maniaques par l'électrochoc. — MM. Jean Delay et J. Maillard, après une étude statistique, concluent que les résultats du traitement des états maniaques sont inférieurs à ceux du traitement des états mélancoliques. La disparition totale du syndrome maniaque n'est durable que dans un peu plus de la moitié des cas. L'action du choc s'exerce sur l'hyperthermie et fait disparaître les autres manifestations cliniques qui n'en sont que la conséquence, prouvant ainsi l'origine thymique du syndrome maniaque.

Ni les états confusionnels, ni l'inversion de l'état hyperthymique ne sont une contre-indication à la poursuite du traitement. Il n'en est pas de même des rechutes. Les auteurs conseillent alors d'arrêter l'électrochoc pour éviter sur les électro-encéphalogrammes l'apparition d'ondes lentes, signe de souffrance cérébrale. Dans ces échecs, l'insulinothérapie, pour des manies graves et prolongées, a donné des résultats remarquables.

Manie et diencéphale. — M. Jean Delay réunit les faits qui témoignent en faveur des relations du syndrome maniaque avec l'hypothalamus.

Expérimentalement la chirurgie cérébrale montre des réactions maniaques après intervention sur l'hypothalamus. Les expériences animales de décérébration et de stimulation électrique témoignant de la localisation hypothalamique des centres émotionnels.

Anatomo-cliniquement existent des réactions maniaques au cours des tumeurs de l'hypothalamus et des tumeurs hypophysaires. L'examen hypophyso-tubérien des malades atteints de manie aiguë montre des lésions des noyaux tubériens. Les signes somatiques de la manie, l'insomnie, l'arrêt des règles, les variations brusques du poids corporel, les perturbations neuro-végétatives sont en faveur d'un trouble des régulations diencéphaliques.

Thérapeutiquement les barbituriques sont des hypnotiques basilaires. Il faut signaler encore la comathérapie insulinique et enfin l'électrochoc, dont l'auteur estime que l'action s'exerce essentiellement par l'intermédiaire du diencéphale.

On ne saurait conclure que la réaction maniaque n'est qu'une réaction hypothalamique, mais des faits importants et concordants témoignent du rôle du diencéphale dans la régulation thymique.

Balancement par électrochoc de crises d'asthme et d'excitation maniaque chez une cyclothymique. — MM. Daumezon et Cassan.

Essai de thérapeutique abortive d'accès maniaco-dépressif par le 2339 RP. — MM. Daumezon et Cassan.

19 Janvier 1944.

Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques. — MM. M. David, H. Hecaen et R. Coulonjou présentent 2 observations d'hallucinations auditives par lésions neurologiques (tumeur cérébrale et lésion des voies acoustiques). Dans les deux cas, et malgré une forte participation de la personnalité dans le deuxième, il n'y avait pas de délire. Les auteurs s'appuient sur ces cas pour soutenir, qu'à leur avis, il n'existe qu'une différence de degrés et non de nature entre hallucinose et hallucination.

Ictus amnésique chez une tabétique. — MM. Heuyer et Rouault de La Vigne présentent l'observation d'une malade de 61 ans, jusqu'alors apparemment bien portante, qui, à la suite d'une violente discussion avec sa fille, quitta la maison de celle-ci dans l'intention de se suicider. Elle pénétra dans une église, s'adressa au bedeau dans l'intention de se confesser. Son attitude et ses troubles de la mémoire parurent si étranges qu'un agent intervint. Envoyée à l'infirmerie spéciale, elle présentait alors une amnésie localisée à son adresse, au nom et à l'adresse de sa fille. Au bout de 48 heures tout revint dans l'ordre brusquement.

Cette malade a présenté les signes indiscutables d'un tabes.

Les auteurs rappellent les faits d'ictus amnésique qui font partie des ictus psychiques, en discutent la pathogénie et rapportent, sans choisir entre elles, les hypothèses qui ont été émises sur la localisation de semblables accidents.

Paranoïa d'involution. — MM. Montassut et Sauguet.

Deux cas de démence précoce post-traumatique. — MM. Montassut et Sauguet.

24 Janvier.

La proportion psychopathologique et la typocaractérologie. — M. J. Dublineau. L'appréciation d'un individu doit viser en première ligne le bilan des facteurs de résistance. Ce bilan suppose une étude comparée de ses facteurs positifs et négatifs, soit, en principe, l'établissement d'un coefficient. A cet établissement concourent les éléments tirés de l'étude tant organique que psychique de l'individu.

En matière de syndromes psychiatriques, la pureté du type morphologique semble, à une première approximation, en corrélation avec celle du syndrome lui-même. A titre d'exemple, l'auteur étudie la réapparition morphologique de 36 états maniaco-mélancoliques et la compare au degré de pureté des cas.

Etude expérimentale de la mémoire et de l'attention des électrochoqués. — MM. Jean Delay et René Binois ont étudié avec les méthodes de la psychologie expérimentale (tests de mémoire immédiats, tests des mots couplés, tests de Toulouse et Piéron, etc.) le comportement de la mémoire et de l'attention chez les électrochoqués. Ils concluent que la mémoire immédiate reste intacte, mais qu'il existe une atteinte importante et transitoire de la mémoire d'évocation et de reconnaissance. Par contre, il n'existe aucun déficit de l'attention.

Perturbations de l'image corporelle dans un cas de psychose hallucinatoire chronique. — M. Cl. Pottier. Observation d'un cas de psychose hallucinatoire chronique dans lequel certains troubles cénesthésiques et des phénomènes autoscopiques particuliers semblent dénoter un trouble de l'image de soi.

Morphologie et psychiatrie (2e note). La méthode de déviation proportionnelle et les rapports anthropométriques. — MM. Jean Delay et Paul Neveu.

Expérience onirique, début d'un accès maniaque. — MM. L. Bonnafé et Fr. Tosquelles.

A propos du test de Rorschach. — MM. L. Bonnafé et Fr. Tosquelles.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

9 Novembre 1943.

La radioscopie systématique de la Caisse interdépartementale d'assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise. — M. P. Pizon. Exposé de la méthode et de la technique de dépistage des sujets tuberculeux ou suspects de tuberculose pulmonaire par le moyen de la radioscopie systématique des collectivités, des écoles en particulier.

Pendant l'exercice 1941-1942, les résultats portent sur 1.664 adolescents (Centres de jeunesse) et sur 13.502 adultes (ateliers, usines, administrations, etc.) ; dans l'ensemble, 6 pour 100 des sujets examinés présentent des images pulmonaires anormales et 1,8 pour 100 sont des tuberculeux pulmonaires.

Durant les années scolaires 1940-1941 et 1941-1942, exercices dont on possède maintenant les résultats complets et définitifs, 306.000 écoliers ont été examinés ; 19.108 (6,2 pour 100) ont été signalés pour des altérations de l'image pulmonaire et 4.951 (1,6 pour 100) ont été reconnus tuberculeux pulmonaires et soignés comme tels. Dans la moitié des cas il s'agissait de tuberculeux absolument ignorés.

En appréciant chacun des éléments matériels de la radioscopie systématique on arrive à conclure à la très grande valeur de cette recherche rapide, sûre et économique. Elle doit être considérée comme un simple triage entre les images pulmonaires normales et les images certainement ou probablement pathologiques, qui font l'objet de recherches approfondies ultérieures ayant pour résultats le diagnostic, donc la thérapeutique.

Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez le cobaye et chez l'homme. — MM. Pierre Boulenger et Antoine-Camille Maclouf.

14 Décembre.

Cette séance solennelle annuelle a été consacrée aux Brucelloses.

11 Janvier 1944.

Grossesse anormalement prolongée. — M. H. Vignes.

Hypothermie consécutive à l'accouchement au cours d'une affection fébrile indéterminée. — M. H. Vignes.

Réflexions sur l'hémo-diagnostic. — M. Ch. Mérieux.

L. Grollet.

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

10 Novembre 1943.

Impaludation et prémunition dans les régions de paludisme endémique de l'Indochine méridionale. — MM. E. Farinaud et P. Prost montrent que ce sont les conditions épidémiologiques locales qui déterminent en Indochine les modalités de l'impaludation et de la prémunition. Du point de vue des types, le type « moï » est celui des régions du paludisme hyperendémique stable où les enfants sont, dans leur totalité, contaminés au cours des mois qui suivent leur naissance. Le type « annamite », avec une longue hérédité, n'est pas sensibilisé à l'infestation palustre.

— M. Girard, comparant les « Moïs » et les « Annamites » avec les habitants des plateaux de l'Emyrne à Madagascar, qu'on a tendance à grouper sous le vocable de Hovahs, dit que l'on trouve chez eux des Hovahs de type pur asiatique, et, à côté, le type « hovavovao », nouveaux Hovahs de lignée noire. Le Hovah pur présente souvent des bilieuses à répétition, contrairement à ce qui passe chez les Malgaches à cheveux crépus.

— M. Pons estime que les divers modes réactionnels, vis-à-vis du paludisme, ne sont pas fonction de la couleur de la peau, ou de la race, mais relèvent de relations entre l'hôte et le virus.

La répartition des tsé-tsés en fonction du climat. — M. H. Gaschen fait ressortir que la lutte antitsé-tsé par les méthodes de prophylaxie agronomique consiste à modifier le micro-climat local de façon à rendre une contrée inhabitable aux tsé-tsés ; ce micro-climat pourra être modifié en fonction de l'écologie de chaque espèce de glossine. Des climogrammes définissent les micro-climats convenant à *Gl. palpalis, Gl. tachinoïdes, Gl. morsitans*, var. *submorsitans*.

Les accidents secondaires cutanés du Pian. Roséole. Pianides. Pianômes. — M. R. Montel.

Etudes sur les moustiques de la Crau. — MM. E. Roubaud et M. Treillard.

Démonstration d'une méthode rapide permettant la séparation des Rickettsies des tissus et des bactéries acido-résistantes. — M. P. Giroud, Mme P. Giroud et M. M. Meunier.

Parasitisme supposé du lépisme du sucre « Lepisma saccharina ». — M. Heim de Balsac.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

21 Décembre 1943.

Essai sur la pathogénie des lésions du périodonte. — MM. Raison et Bara appliquent aux gingivites les observations faites par Reilly sur les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, les endotoxines des germes buccaux pouvant retentir sur le système nerveux facial commentent la vascularisation de la muqueuse. Celle-ci joue un rôle capital dans toutes les lésions du périodonte. De même la transformation par acidose de la callimine, de la salive en histamine est à retenir. L'emploi de substances antihistaminiques, locales et générales, est à conseiller.

Le sort du fragment postérieur basculé dans les fractures mandibulaires rétro-molaires. — M. P.-M. Achard (Marseille) propose un nouveau procédé d'ancrage moins traumatisant pour remplacer l'opération de l'anse métallique transosseuse de Lenormant et Darcissac.

Erreurs diagnostiques dans certaines tumeurs mandibulaires. — M. P.-M. Achard (Marseille), à l'occasion de consultations dentaires, a pu rectifier le diagnostic dans 2 cas d'épithélioma adamantin (dont l'un était le siège d'une transformation maligne) considérés comme des ostéites et opérés comme tels par des non-spécialistes.

Dystrophies dentaires complexes chez une hérédo-syphilitique. — M. Bouysson (Toulouse). Il s'agit d'une polyagénésie avec microdontie et diastème interincisif considérable.

Adamandinome odontoplastique. — M. Parant.

Note sur 2 cas de granulome pulpaire. — MM. M. Bouyssou et P. Gille.

Périmétreur dentaire. — M. Ossedat (Cambrai).

Nouveau bureau pour 1944. — Président : M. A. Richard ; vice-présidents : M. Dechaume (Paris) et E. Carvallo (Marseille) ; secrétaire général : M. Hénault ; trésorier : A.-J. Martin ; archiviste : R. Vrasse.

Lebourg.

18 Janvier 1944.

Chancre d'inoculation tuberculeux gingival. — M. Parant présente un enfant de 12 ans présentant des lésions qui s'apparentent à celles des malades porteurs de chancres d'inoculation tuberculeux gingivaux avec adénopathie cervicale, antérieurement présentés devant la Société.

Un cas de tumeur kystique du maxillaire inférieur. — MM. Richard et Cernéa présentent un cliché radiographique et montrent l'impossibilité dans certains cas de différencier sur un cliché un kyste paradentaire d'un adamantinome polykystique.

Lésion du nerf lingual, séquelle de l'extraction de la dent de sagesse inférieure. Note sur l'anesthésie du nerf lingual. — MM. Cernéa et Hennion, à l'aide de 2 observations, attirent l'attention sur les rapports du nerf lingual avec la mandibule. Ils en tirent des conclusions sur l'anesthésie tronculaire de ce nerf et montrent le retentissement que peuvent avoir sur lui les affections de voisinage et les manœuvres opératoires, en particulier l'avulsion de la dent de sagesse inférieure.

Thérapeutique calcique dans les polyalvéolyses précoces. — M. P. Friez, dans un travail documenté, expose les résultats encourageants obtenus chez des malades jeunes atteints de polyalvéolyse par une médication calcique générale. Dans ses considérations pathogéniques, l'auteur retient avant tout l'action du calcium sur les capillaires.

Hénault.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 656.

Maladie d'Addison traitée par implantation sous-cutanée de comprimés d'hormone synthétique

Par Paul Michon
(Nancy)

Ce jeune homme de 18 ans a ressenti dans les derniers mois de 1942 des douleurs lombaires et une fatigabilité croissante, au point qu'il a dû très rapidement abandonner son travail de commis dans un commerce de vins. Il s'est alité le 15 Janvier 1943, totalement anorexique.

Le 4 Février 1943, la situation est très critique, avec les symptômes cardinaux suivants :

1° *Pigmentation de la peau,* à vrai dire peu foncée, *et de la langue,* qui porte sur sa pointe et ses bords des taches ardoisées ou brunes ;

2° *Asthénie,* telle que le malade ne peut rester assis, sans lipothymies, brouillards oculaires, bourdonnements et vertiges ; la préhension, la mastication entraînent une fatigue presque immédiate ; réflexes tendineux très faibles ;

3° *Hypotension,* à 5,5-4, avec pouls misérable, tachycardie à 120, agitation et anxiété, insomnie ;

4° *Intolérance digestive,* portant sur toute alimentation, même liquide.

Devant cet ensemble caractéristique de la maladie d'Addison, dont le diagnostic a fait ici l'objet d'une étude (« Petite Clinique », n° 179), nos examens complémentaires s'orientent dans deux directions :

1° Confirmation du diagnostic : un des critères les plus aisément dépistés est l'hypochlorémie, ici particulièrement nette (voir tableau) ; l'hémogramme est sensiblement normal ;

2° Recherche de l'étiologie : quoique les surrénales ne soient pas calcifiées à la radiographie, l'étiologie bacillaire paraît vraisemblable : la radioscopie du thorax montre des hiles très chargés, le droit surtout ; cuti-réaction à la tuberculine fortement positive ; réaction de Calmette négative, de Vernes à 127. B.-W. négatif.

Très rapidement on voit céder les troubles nerveux et l'état lipothymique, puis les vomissements et l'anorexie. Du 8 au 13 Février, une période fébrile atteignant au maximum 38°9 doit se rattacher à l'activité de l'hormone.

Résumé des dosages du chlore dans le sang (Dr Vérain).

	Chiffres normaux	5 Février 1943	26 Février 1943	22 Mai 1943
Volume en centimètres cubes du plasma	600 cm^3	550 cm^3	670 cm^3	650 cm^3
Volume en centimètres cubes des globules	400 cm^3	450 cm^3	330 cm^3	350 cm^3
1.000 cm^3 de sang total contiennent : en Cl	2 *g.* 88 dont plasma = 2 *g.* 16 + globules = 0 *g.* 72	2 *g.* 04 = 1 *g.* 46 + 0 *g.* 58	3 *g.* 19 = 2 *g.* 38 + 0 *g.* 81	2 *g.* 98 = 2 *g.* 31 + 0 *g.* 67
1.000 cm^3 de sang total contiennent : en ClNa	4 *g.* 75 dont plasma = 3 *g.* 56 + globules = 1 *g.* 19	3 *g.* 39 = 2 *g.* 41 + 0 *g.* 98	5 *g.* 26 = 3 *g.* 92 + 1 *g.* 34	4 *g.* 91 = 3 *g.* 80 + 1 *g.* 11
Rapport Cl globulaire /Cl plasmatique	0,50	0,48	0,69	0,54

* * *

D'urgence le problème thérapeutique se pose, tout d'abord celui de la rechloruration, amorcée par intraveineuses de sérum salé hypertonique : 10 cm^3 sept jours, puis 20 cm^3 tous les deux jours à partir du 15 Février, date à laquelle le malade prend 4 à 6 cachets par jour de ClNa à 1 *g.* Simultanément injection intramusculaire d'acides aminés avec 0 *g.* 05 de cystéine, et d'acétate de désoxycorticostérone : 2 *mg.* par jour quatre jours, faute d'approvisionnement, puis 5 *mg.*, enfin 10 *mg.* du 17 au 25 Février, pour revenir à 5 *mg.* ensuite.

La tension ne se relève que péniblement : de 7,5-3,5 le 15 Février, jour du premier lever, elle retombe, après cet effort, le 16, à 6,5-2,5. A la suite des premières sorties, le 24, elle n'est plus qu'à 4,5-2,5. Le 26 Février, elle atteint 11,5-5.

A ce moment, la période de l'urgence est révolue : le malade, réhydraté (59 *kg.*), digère et dort normalement, ne présente plus qu'une asthénie relative et se lève. Sa chlorémie dépasse le taux normal, par suite d'augmentation de la concentration globulaire (*Cf.* tableau).

Du 26 Février au 15 Avril, vient une phase de stabilisation, pendant laquelle, avec 5 *mg.* quotidiens d'hormone, il augmente de 2 *kg.* 700. T. A. : 10,5-6.

* * *

On peut maintenant envisager de substituer à la piqûre quotidienne une implantation sous-cutanée massive de comprimés. Cette méthode, tentée dès 1937 déjà pour les hormones génitales (Deanesmy et Parkes), en 1939, pour la cortine (Thorn, Engel et Eisenberg), abondamment étudiée à l'étranger depuis lors, a ses lettres de créance en France : 4 observations ont été publiées, de fin 1941 à Mars 1943 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et 2 à celle de Lyon.

La dose à implanter doit être prévue pour trois cents jours et diminuée de 30 pour 100, car l'organisme utilise mieux l'hormone implantée qu'injectée ; d'où une économie qui n'est pas seulement intéressante pour le physiopathologiste... A en juger par les chiffres encore peu élevés de tension, une dose théorique quotidienne de 6 *mg.* ne sera sûrement pas excessive, soit : 6 × 300 = 1.800 — 30 pour 100 = 1.260. Nous décidons d'implanter 10 comprimés de 125 *mg.* chacun.

Le 17 Avril, l'intervention est pratiquée sous anesthésie locale, à la région axillaire postérieure gauche.

Une légère bouffissure faciale se manifeste les trois premiers jours, puis réapparaît fin Avril début Mai, avec un peu d'œdème malléolaire à ce moment. La suppression définitive des cachets de chlorure de sodium fait disparaître ces symptômes.

Le jour de l'implantation, les injections sont cessées. Elles n'auront pas à être reprises. La tension descend un peu tout d'abord : 7-3 le 19 Avril, 8-4 le 20, mais elle est montée à 12,5-6 le 22 Mai.

Après la période d'hyperchlorémie de fin Février, l'équilibre chloré à cette date est normal. Le poids est arrivé graduellement à 63 *kg.* 500. L'état général est excellent et permet la reprise de travaux champêtres. Revu le 7 Juillet (poids 64 *kg.* 200) et présenté à la Société de Médecine de Nancy, puis en Août et Septembre, le malade est de moins en moins sujet à la fatigue. Sa tension atteint 14-8, et force est de reconnaître que le dernier survivant des symptômes, la pigmentation, est à son tour en régression : les taches linguales sont nettement moins étendues et moins foncées.

* * *

Quant aux conditions pratiques d'un résultat optimum, elles peuvent se schématiser ainsi :

1° *Certitude du diagnostic de maladie d'Addison* : ceci est avant tout œuvre clinique. Ce n'est qu'à titre confirmatif et pour multiplier les tests d'activité des traitements que le laboratoire sera mis à contribution.

2° *Etude de l'effet des injections d'hormone* : au minimum pendant les six premières semaines, l'injection intramusculaire restera le seul mode d'administration jusqu'à détermination, par tâtonnements, de la dose quotidienne nécessaire et suffisante. Cette véritable expérimentation apporte, s'il en est besoin, une confirmation au diagnostic.

Le témoignage le plus sensible de l'activité du produit, *water and salt hormone,* est la rechloruration-réhydratation constatable cliniquement par le seul aspect des tissus, vérifiable surtout par la bascule. Si le but visé est dépassé, des œdèmes apparaissent.

En s'aidant simultanément du test très sensible fourni par la tension, rares seront les difficultés rencontrées pour fixer une dose journalière.

3° *Elimination des grandes tares organiques :* l'idéal est de s'adresser à un malade jeune, nullement taré. A l'opposé, des lésions graves de tuberculose évolutive, des grandes déficiences organiques feraient de l'implantation un luxe inutile. Dans les cas intermédiaires, il appartiendra au sens clinique de chacun de peser les chances de survie du sujet et ses possibilités d'amélioration.

4° *Solution technique du problème* : les comprimés stériles doivent être insérés selon les principes d'une stricte asepsie avec un minimum d'attrition tant des tissus que des comprimés.

5° *Surveillance ultérieure* : si la dose résorbée paraît insuffisante, à en juger par une chute tensionnelle et pondérale, et qu'une administration supplémentaire de chlorure n'y pallie pas en quelques jours, les injections peuvent être reprises plus ou moins passagèrement. Si, au contraire, des œdèmes, rebelles au régime déchloruré, et une montée tensionnelle indiquent une résorption excessive, il peut être indiqué d'enlever une partie de la dose insérée.

Mais une insertion s'inspirant des grandes règles résumées ici doit être suivie d'une adaptation organique très simple. Tout au plus faudra-t-il jouer quelque peu du chlorure de sodium en plus ou en moins. Bientôt l'organisme se sera intégré cette sorte de greffe ; il aura, semble-t-il, compris qu'il n'a plus qu'à sucer lentement et selon ses besoins la provision d'hormone qui lui est offerte.

Cette situation, bien commode certes pour le praticien, qui n'a plus qu'à jouir du succès thérapeutique, durera dix mois, un an, peut-être plus. Qui sait si entre temps des surrénales accessoires n'auront pas instauré une suppléance efficace ? S'il n'en était rien, la réapparition ultérieure de symptômes addisoniens commanderait la reprise d'une même tactique.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Germe de blé

Le blé contient environ 1,1 pour 100 de lipides, localisés pour la plus grande partie dans le germe, c'est-à-dire dans l'embryon inclus à l'extrémité du sillon qui sépare les deux valves du grain. Il y a également un peu de lipides dans les enveloppes du grain et dans l'assise protéique, qui contient aussi les ferments nécessaires à la germination. Jadis les germes étaient séparés du grain par la mouture ; puis, réunis au son et aux issues, ils servaient à l'alimentation des bestiaux, seuls capables de les assimiler à cause des dimensions de leur intestin et de la rumination qui prolonge la digestion.

Plus on laisse de son et d'issues dans la farine, plus elle contient de lipides ; la farine extraite à 80 pour 100, taux d'autrefois, renfermait de 0,75 à 1 pour 100 de lipides, les issues de 3,5 à 5 pour 100, provenant des enveloppes du grain et surtout des débris de germes écrasés par la mouture.

Il en était de même pour les matières minérales ; les issues pour les bestiaux en contenaient 2 à 3,50 pour 100 ; la farine avec laquelle on faisait le pain 0,30 à 0,45 pour 100. Les partisans du pain complet ont tiré de ces chiffres des arguments en faveur de leur cause, mais sans se rendre compte des conditions de digestibilité et d'assimilation propres à l'estomac et à l'intestin de l'homme, ni des modifications que la fabrication du pain apporte à la farine de boulangerie. L'expérience que nous faisons actuellement d'un pain très complet ne semble pas favorable à la farine intégrale ; et le son et les issues seraient beaucoup mieux utilisés par les animaux, qui les transforment en matériaux nutritifs, que par l'homme qui ne les digère pas.

Retenons qu'en tout cas, au cours du broyage, la farine s'enrichit en lipides par le suintement des huiles des germes. Le premier broyage en contient 0,99 pour 100, la farine entière 2,52 pour 100.

Le grain de blé contient environ 1,43 pour 100 de germes. Les dimensions du germe sont variables selon les espèces, plus ou moins de 1 *mmq*. Son poids est inférieur à 1 *mg*. ; il en faut 1.200 pour faire 1 gramme. Il contient des gouttelettes huileuses qui donnent à la farine son odeur caractéristique.

Voici, d'après Randoin et Delarouzée, la composition comparative du germe de blé et de la farine ; ces chiffres varient d'ailleurs sous diverses influences, ce qui explique qu'il y ait, entre les auteurs, quelques divergences. On remarquera, d'autre part, l'imprécision des termes « farine aux germes de blé » et « farine entière ».

Les lipides sont constitués par 16 pour 100 d'acide saturé surtout palmitique, et 84 pour 100 d'acides non saturés, oléique, linoléique et linolénique. Le phosphore est en combinaison dans 12 *g*. de lécithine. Il faut ajouter à l'analyse des germes du manganèse mentionné dans plusieurs auteurs.

On voit que la farine aux germes de blé contient 183 pour 100 de plus de protides que la farine entière et 54 pour 100 de plus de lipides ; un peu moins de glucides, 50 pour 100 ; beaucoup plus de phosphore et de calcium, un peu plus de fer et de cuivre et notablement plus de vitamines du groupe B et surtout de vitamine antistérilitique E, presque absente dans la farine entière.

* * *

Le germe présente cette différence avec l'amande que celle-ci est friable, tandis que le germe est plastique. Sous l'action des meules et des cylindres modernes, l'amande se résout en farine pulvérulente, tandis que le germe s'aplatit et devient une petite pellicule de 1 *mm*. de diamètre environ ou des fragments de cette pellicule. Germe et fragments sont successivement « refusés » par les tamis que parcourt la mouture et peuvent être isolés par l'action combinée, admirablement coordonnée dans les moulins à cylindres, du calibrage et de la ventilation, c'est-à-dire de la densité. Mais les meilleures installations ne permettent pas de recueillir plus de 100 *g*. de germe, plus ou moins, dans un quintal de blé qui en contient 1.400.

Les enveloppes du grain, qui possèdent une certaine souplesse, évitent la dilacération que subissent les germes, et se retrouvent presque intégralement dans les résidus de la mouture ; mais les germes y parviennent rarement dans leur état primitif, et leur extraction, déjà restreinte, ne fournit pas beaucoup de germes purs. Ils ont été écrasés, déchirés, privés de tant soit peu de leurs huiles, et sont mélangés à des débris d'enveloppes — son, issues, remoulages — et à de la farine.

	POUR 100 GRAMMES	
	Farine aux germes de blé	Farine entière
Valeur calorique	390	340
Protides (en grammes).	27,3	10
Lipides (en grammes)...	8,7	1,1
Glucides (en grammes) .	16	69
Phosphore (en milligr.) .	1.400	300
Potassium (en milligr.) .	400	160
Magnésium (en milligr.) .	400	140
Calcium (en milligr.) ...	100	45
Fer (en milligr.)	5	4
Cuivre (en milligr.)	1,3	0,7
Vitamines B1 (en milligr.).	1	0,380
Vitamines B2 (en milligr.).	1	0,250
Vitamines PP (en milligr).	5	5
Caroténoïdes (en milligr.).	0,4	0,270
Vitamines D (en milligr.).	0,00075	beaucoup
Vitamines E (en milligr.).	16	moins

Encore n'y a-t-il que 15 à 20 moulins en France, sur 8.800, où l'on puisse réaliser l'extraction partielle des germes dans des conditions à peu près satisfaisantes. Dans les moulins moins bien outillés, ou dans ceux qui utilisent des meules, l'huile du germe, exprimée par la pression, imprègne la farine au point de « gommer » les tamis. A peine 1/64 reste dans la farine de boulangerie ; et ce que l'on vend comme germe de blé ou farine de germes, d'après Randoin et Delarouzée, ne contient que 3,5 à 7 pour 100 des germes totaux de la farine, avec une teneur en germes purs de 30 pour 100, plus ou moins. Des méthodes plus attentives permettent aujourd'hui une extraction plus exacte. Il y a lieu, dès à présent, de tenir compte de ces chiffres pour fixer les quantités à administrer dans un but thérapeutique ou diététique.

Isolé du blé, le germe se présente sous forme de paillettes jaune d'or, de consistance molle, mesurant environ de 1 à 2 *mm*. de diamètre. Si le blé dont elles sont extraites a reçu les soins nécessaires — criblage, lavage, brossage, séchage — qui le débarrassent de 2 à 3 pour 100 de matières étrangères, depuis le gravier jusqu'aux crottes de rat, le germe est propre. Sinon, il est parsemé de points noirs dits « piqûres ». A blé propre, farine propre ; il faut rejeter les germes piqués, chargés d'impuretés d'autant plus nocives qu'elles ne seront pas neutralisées, comme dans le pain, par la cuisson.

* * *

Quelles sont les propriétés thérapeutiques du germe de blé ? L'étude pharmacodynamique n'en a jamais été poussée bien loin. *A priori*, on peut le considérer comme un embryon végétal présentant les mêmes vertus que les embryons végétaux de composition analogue. L'ancienne pharmacopée en tirait l'huile aromatique de Douliot, à laquelle on attribuait des vertus laxatives, mais la vogue moderne pour les produits « naturels » va plus loin et, depuis Dujardin-Beaumetz, on l'associe au traitement des états de débilitation, depuis la grossesse et la lactation jusqu'aux troubles des métabolismes calcaire et magnésien, en passant par l'impuissance et la neurasthénie. Le germe de blé bénéficie de cette mystique des substances « vitales », « dynamiques » ; il devient un « énergétique », un de ces « indéterminés alimentaires » qui alimentent, tout au moins, les imaginations. Les vertus que l'on peut lui supposer, étant donné sa composition, sont cependant assez importantes pour qu'on ne les discrédite pas par un enthousiasme mal fondé et mal précisé.

Il est à souhaiter que cette question du germe de blé, tant sous le rapport de ses propriétés thérapeutiques que sous celui de ses qualités alimentaires, soit reprise sur des bases plus objectives. La richesse de cet embryon en substances diverses de premier ordre le mérite.

Il est très voisin du blé ; sa composition est parallèle, mais plus riche en substances utiles. Mettons à part son origine directement végétale, puisque tous les végétaux ou même toutes les parties des végétaux nutritifs ne sont pas innocents pour l'homme. Il n'en est pas moins vrai que, puisqu'on n'absorbe que ce qu'on assimile, le germe de blé trouve comme le blé lui-même, dans l'organisme humain, tout ce qu'il faut pour être digéré et absorbé, et pour que ses éléments profitables soient bien utilisés. Il constitue, d'après Randoin et Rossier, un excellent facteur de rééquilibration des régimes.

C'est, comme le montre sa composition, un blé enrichi de produits essentiels et bienfaisants, contenant plus de protides que le blé, plus de lipides, beaucoup plus de phosphore, de manganèse, de cuivre, de ces métaux que Gabriel Bertrand a appelés oligo-synergiques et dont l'action de présence est essentielle au développement des ferments de l'assise protéique. Il y a aussi dans le germe plus de vitamines du groupe B que dans le blé et surtout une quantité importante de vitamine E absente ou à peu près de la farine.

* * *

Toute farine contient du germe de blé et le germe de blé est un des aliments constituants du pain que nous mangeons. Mais on s'est posé récemment, à ce propos, une question préalable. Vaut-il mieux laisser tous les germes du blé mélangés à la farine par adjonction des issues à la farine boulangère, ou bien en isoler le plus possible et l'administrer à part ?

Les meuniers sont pour l'isolement. Ils prétendent que les huiles de germe se conservent mal, rancissent et donnent un mauvais goût au pain. Elles nuiraient même à la panification. D'après Lecoq, ces huiles s'acidifient rapidement, et le germe est de conservation difficile, au point qu'il est nécessaire d'indiquer sur les flacons la date maximum d'utilisation. L'addition de chlorure de sodium (1 pour 100) et de carbonate de calcium (1,5 pour 100) retarde l'oxydation, mais ne l'empêche pas ; et la stabilisation des huiles exigerait des méthodes délicates et coûteuses. Les précieuses vitamines, d'autre part, peuvent être atteintes par l'oxydation, elles le sont vraisemblablement, surtout E, par la cuisson au four. Il faut donc absorber le germe frais et cru.

Mais un certain nombre d'autorités en matière alimentaire estiment que la séparation des germes enlève à la farine, pour des raisons purement commerciales, des propriétés essentielles ; ils font remarquer que, si l'intérêt du meunier est de vendre le germe à part, celui du consommateur est d'en trouver le plus possible dans son pain quotidien.

On peut objecter que dans tous les cas, aussi poussée qu'en soit l'extraction, il reste beaucoup de germes de blé dans la farine livrée aux boulangers, notamment dans la farine actuelle extraite à 98 pour 100 et à laquelle les préfets ont le droit d'ajouter 10 pour 100 d'issues chargées elles-mêmes de germes. Ce qui est en question, c'est le sort du 1/5 de germes qui peuvent être isolés par des moulins outillés à cet effet. Faut-il tolérer qu'ils soient livrés au commerce à un prix plus élevé ? Faut-il les reverser dans la farine boulangère ?

Il semble bien que la thèse des meuniers est la bonne. S'il y a de leur part une spéculation exagérée, elle peut être réprimée par les moyens législatifs abondants qui sont à la disposition du pouvoir. S'ils vendent, comme germe de blé, un produit où il y a trop de son, ou un produit impur et mal préparé, c'est une fraude qu'il est également facile de déceler et d'abolir. Si certains spécialistes offrent au public, sous des noms fallacieux, des germes ou soi-disant tels, plus ou moins propres et purs, et revendent 100 francs le kilo dans une boîte en carton ce qu'ils achètent en sac au prix de la taxe, 9 à 12 francs, c'est encore une fraude punie par les lois et que la surveillance des prix et les contrôles exercés sur les spécialités peuvent aisément empêcher. Ces diverses considérations ont leur importance, mais sortent de notre cadre.

Quelques médecins, quand ils veulent administrer des germes de blé, conseillent le blé germé, obtenu en laissant germer dans une soucoupe pleine d'eau des grains de blé. Mais le blé germé n'est pas la même chose que le germe de blé. Le blé germé, comme l'orge germée, est un malt. On a déclenché, par la germination, la fermentation diastasique de l'amidon, sous l'action des ferments présents dans l'assise protéique : glutenase, thyrosinase, etc. qui sont des facteurs d'oxydation. Ces ferments colorent le pain, lui donnent un aspect bis qui n'est pas flatteur, mais surtout ils ramollissent les glutens et lui font perdre leur élasticité. Il n'est pas assuré de plus que l'action de ces oxydants soit bienfaisante vis-à-vis des vitamines, sauf la vitamine C qui se développe au moment de la germination. La germination du blé peut donc être nuisible, elle n'est en tout cas d'aucune utilité, puisque le germe peut être absorbé cru, mélangé à froid à des aliments usuels, lait, bouillon ou confiture.

*
* *

Si, disent Randoin et Delarouzée, on récupérait la totalité du germe de blé pour l'incorporer au pain complet actuel, les adultes, au lieu de 3 *g.* 93 par jour pour leur ration de 275 *g.* en recevraient 4 *g* ; les J3 5 *g.* 07 au lieu de 5 *g.* L'augmentation réalisée serait négligeable, et il deviendrait impossible de disposer de mélanges riches en germe, utiles à certaines catégories de la population.

Il semble donc bien que l'isolement du plus grand nombre possible de germes, en vue de constituer un produit diététique, soit indiqué. Les moyens modernes de la meunerie ne permettent pas d'extraire la totalité des germes, et il en restera donc toujours dans le pain une quantité suffisante.

Reste à savoir à quelle catégorie de malades ou à quels régimes il faut attribuer ces germes. Les indications découlent des éléments qu'ils renferment ; le germe est la source la plus riche en vitamine E et contient une intéressante variété de métaux ; il renferme aussi des lipides en quantités notables. C'est de ces diverses potentialités qu'il faut déduire les indications, la posologie et les conditions de son administration : étude à peine ébauchée et qui mérite d'être poursuivie.

Ph. Dally.

BIBLIOGRAPHIE

Bourquin : *Manuel de Meunerie*, Paris, 1939. — Bruère : *Bull. Ass. Docteurs en Pharmacie*. 1923. — A. Girard : *Composition chimique du grain de froment*, Paris, 1884. — Lassablière : La mauvaise qualité du pain actuel. *Acad. Méd.*, 20 Juillet 1939. — Raoul Lecoq et Raffy : Etudes sur le germe de blé. *Bull. Soc. Chimie Biol.*, Avril-Juin 1943, 125, 162, 168. — Raoul Lecoq : L'huile de germe de blé est-elle toxique ? *Soc. Biol.*, 13 Février 1943. — Nottin : *Le blé, la farine, le pain*, Paris, 1940. — Lucie Ranooin et G. Delarouzée : Le germe de blé dans le grain et dans les farines. *Bull. Soc. Scient. Hyg. alimentaire*, 1943, 7, 8 et 9. — Lucie Randoin et Alfred Rossier : Régimes, vitamines et équilibre alimentaire, Paris, 1942. — E. Winterstein et F. Wünsche : Composition du germe de blé. *Z. physiol. Chemie*, 1915, **15**. 310-316.

Société française d'Histoire de la Médecine

3 Décembre 1943.

Le président fait part de la mort du docteur Lucien Barbillion qui présida notre Société.

Ancien interne des hôpitaux, Barbillion dirigea longtemps l'enseignement de la Croix-Rouge française. Dès 1885 il avait publié chez Dupret une *Histoire de la Médecine*. Assidu à nos réunions, où il communiquait souvent, il a réuni quelques-uns de ses travaux dans des *Etudes critiques d'histoire de la médecine*, dont le premier volume parut chez Baillière.

M. Laignel-Lavastine offre, de la part de son auteur, Gaston Parturier, professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille, un volume des Editions Cartier sur *la Vocation médicale de saint Vincent de Paul*. Dans la préface Mgr Valerio Valeri montre la valeur historique de l'analyse diagnostique de la dernière maladie de M. Vincent. Parturier, en la rapportant au paludisme, appuie médicalement la véracité de la captivité du saint chez les Barbaresques.

D'autre part M. Vincent fut vraiment le fondateur de l'Assistance publique. Il fut le créateur de l'Assistance des enfants trouvés et c'est avec juste raison que l'hospice des enfants assistés s'appelle maintenant *Hospice Saint-Vincent-de-Paul*.

Il s'est montré un précurseur dans l'étude, l'assistance et le traitement des psychopathies, comme je l'avais jadis indiqué avec Vié. Il fut également un précurseur dans la prophylaxie des maladies contagieuses et précurseur médical dans la lutte contre les misères sociales de l'époque (galères et prisons) et contre les misères de la guerre.

M. Laignel-Lavastine présente ensuite la thèse du docteur René Henry sur le *baron Nicolas Heurteloup, chirurgien en chef des armées de la Révolution et de l'Empire*. Organisateur-né il écrit, en 1796, un *Avis sur les moyens de conserver ou de rétablir la santé des troupes de l'armée d'Italie*, manuscrit conservé au Musée du Val-de-Grâce et qui est un petit traité d'hygiène militaire.

Il voulait d'ailleurs être obéi après ses inspecteurs, ainsi qu'il appert d'une lettre copiée par Henry à la Bibliothèque municipale de Tours avant sa destruction en Juin 1940 et où il rend compte des causes de la mortalité dans les hôpitaux militaires de Paris et des moyens à employer pour les réduire.

Pathologiste il étudia le vent du boulet et le tic douloureux de la face.

A Ratisbonne il soigna Napoléon blessé au pied par une balle morte. A son retour de Vienne, en 1809, il reçut une médaille où il est proclamé « le restaurateur de la chirurgie militaire », l'empereur le fait baron et, en 1811, le nomme chirurgien consultant de sa maison. Celui qui un moment donna des ordres à ses deux camarades Percy et Larrey est beaucoup moins connu qu'eux. Cette thèse sur Heurteloup est donc réparatrice.

Raymond Neveu, après avoir discuté l'identité de la « *Laure* » *de Pétrarque* montre qu'il n'est pas du tout prouvé qu'elle soit morte de la peste, comme on aime à le répéter. Quand on lit les poésies de Pétrarque on constate qu'elle était de santé fort délicate, supportant mal les froids de l'hiver. Quand Pétrarque quitta Vaucluse en Novembre 1347, c'est-à-dire six mois avant la mort de Laure, il était très inquiet et avait le pressentiment de ne plus la revoir. Ce n'est pas parce qu'elle est morte en pleine épidémie de peste qu'on peut affirmer qu'elle en fut victime. Cette mort ne fit qu'exaspérer le mépris que Pétrarque avait pour les médecins. M. R. Neveu lit à ce propos la lettre que Pétrarque écrivait le 3 Mars 1352 au pape Clément VI, qui commence par cette phrase : « Je sais que ton lit est assiégé par les médecins, c'est ce qui m'inquiète le plus... Qu'elle te serve d'avertissement la triste épitaphe de cet homme qui n'avait voulu faire graver sur sa tombe que ces simples mots : Je suis mort de la foule des médecins. »

M. Mousson-Lanauze, d'après une plaquette sur la belle Laure d'après ses écrits, parue à Avignon en 1871, émet l'hypothèse d'anémie pernicieuse. La question reste ouverte.

Pour montrer le *rôle d'un Consul de France dans la lutte contre la peste*, M. Tanon et M. Pilinski apportent une contribution à l'histoire du sérum antipesteux que Yersin essayait, en 1897, dans les Indes et dont les résultats étaient encore peu apparents. Il avait, de plus, à se heurter à l'incompréhension et presque à l'hostilité des médecins anglais dans les hôpitaux desquels il était impossible de tenter des essais.

On peut dire que c'est grâce au Consul de France à Bombay, M. Pilinski, qu'il put continuer ses recherches. M. Pilinski s'intéressa tout de suite, comme le prouvent des lettres de remerciements de M. Roux, de Yersin, au traitement par le sérum. Bien plus, il voulut en présence d'Indigènes recevoir du sérum pour montrer son innocuité, malgré les hésitations de Yersin, en disant que le prestige scientifique de la France était en jeu. M. Pilinski se montra ainsi le protecteur de Yersin et donna, avec une grande dignité et avec simplicité, un exemple qu'il convient de faire connaître. De nombreuses lettres et rapports accompagnent cette communication, ainsi qu'une photographie datée de 1897 représentant le consul Pilinski avec Yersin.

M. Olivier lit une étude très personnelle sur un *précurseur du journalisme thermal, le docteur Alexandre Trésal, de Brides-les-Bains*. Cette figure originale est silhouettée avec humour. Docteur en médecine de Turin, Trésal pratiqua l'homéopathie, puis, médecin de villes d'eaux, il publia, en 1865, le *Journal des eaux thermales de Tarentèse*. Il fut aussi philosophe et poète. M. Olivier y reviendra.

Le médecin général des Cilleuls présente une plaquette du médecin colonel Michel Ferron sur *la blessure et la mort d'Antoine de Bourbon, roi de Navarre*. Ce travail, lu à l'Académie des Sciences, Lettres et Arts de Pau, mérità d'être signalé, car la blessure d'Antoine de Bourbon, qui aboutit à la mort par gangrène du bras au 33e jour, avait été considérée comme mortelle par Ambroise Paré. S'il ne s'était pas agi d'un grand de la terre peut-être eût-il fait la désarticulation de l'épaule, qui pouvait sauver le blessé.

Eternel exemple des infortunes attachées aux puissants et aux rois.

Laignel-Lavastine.

Correspondance

A propos de l'Encéphalose azotémique à forme catatonique.

Nous avons l'honneur de vous prier de publier cette note se rapportant à l'article de M. Delay, paru dans *La Presse Médicale* du 16 Octobre 1943.

M. Delay a écrit : « Toutes les manifestations de l'encéphalose azotémique suivent l'évolution de l'azotémie, apparaissant et disparaissant avec elle. Nous pensons qu'il est important d'opposer ces faits à ceux que *nous avons désignés* avec M. Lemierre *sous le nom d'encéphalite azotémique*. » Et il renvoie à un autre travail qu'il donne comme ayant ce titre : « Les encéphalites psychosiques, le problème des azotémies dites extra-rénales », *La Presse Médicale*, 25 Juin 1941.

Or dans ce travail, dont le titre est « Encéphalose azotémique et encéphalites psychosiques aiguës azotémiques, le problème des azotémies dites extra-rénales », les auteurs, MM. Lemierre, Delay et Tardieu, s'exprimaient ainsi :

« Les encéphaloses azotémiques, dues à une intoxication du système nerveux, sont essentiellement distinctes des *encéphalites psychosiques aiguës azotémiques décrites par MM. Toulouse, Marchand et Courtois* », et, plus loin : « *L'encéphalite psychosique aiguë azotémique individualisée en 1930 par MM. Toulouse, Marchand et Courtois...* »

M. Delay a donc lui-même, dans un article qu'il a signé avec MM. Lemierre et Tardieu, reconnu notre priorité et celle de notre regretté collaborateur Courtois en cette matière.

D'autre part — et sans vouloir discuter aujourd'hui le problème nosologique — nous nous permettons de faire des réserves quant à la différence que ces auteurs ont marquée entre les *Encéphalites psychosiques azotémiques* et les états syndromatiques qu'ils ont décrits sous le terme d'*Encéphaloses azotémiques*.

Toulouse.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Région Parisienne

Extraits de la circulaire n° 24 du 11 Février 1944.

Comité de coordination

Compte rendu succinct de la Séance du 16 Janvier 1944 du Comité de coordination. [1]

Nouveaux honoraires minima à partir du 1er Mars 1944. — En exécution des décisions prises le 16 Janvier 1944 au Comité de coordination, les Conseils des Collèges départementaux de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne de l'Ordre des Médecins ont avisé leur préfecture respective que les honoraires minima des médecins seraient portés aux chiffres indiqués ci-dessous (voir tableau) à la date du 1er Mars 1944.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1944, n° 4, 62.

La loi du 27 Novembre 1941 prescrivant d'une manière impérative que pour les femmes et enfants de prisonniers de guerre assurés sociaux, les honoraires médicaux ne doivent pas excéder le tarif de Responsabilité des Caisses, il y a donc lieu, pour cette catégorie d'assurés, de continuer à pratiquer les anciens taux d'honoraires, ceux de 1942 (1er Octobre 1942 pour la Seine, 1er Décembre 1942 pour la Seine-et-Oise), que la Caisse d'assurances sociales avaient adoptés comme tarif de responsabilité.

A propos de la situation financière des Caisses d'Assurances sociales. — Nous relevons dans un article de *l'Actualité sociale* intitulé « La situation financière des Caisses Maladie-Maternité » les phrases suivantes :

« Mais la catégorie de dépenses où l'augmentation se révèle la plus importante est celle des indemnités journalières. »

. . . .

« Il est vraisemblable que de nombreuses causes concourent à l'expliquer, notamment la déficience générale qui résulte des restrictions actuelles. A partir du moment où un assuré désire interrompre le travail, les médecins sont généralement obligés de reconnaître qu'il a besoin de repos, même si son état de maladie n'est pas nettement caractérisé. Il n'est pas douteux également que les circonstances actuelles ont amené un certain nombre d'assurés à chercher des ressources en dehors de leur travail. Or, ces ressources ne sont pas diminuées lorsque le travail est interrompu, on pourrait presque dire que c'est le contraire qui est vrai. »

. . . .

« Il est peut-être difficile, dans les circonstances actuelles, d'apporter immédiatement les remèdes qu'imposerait la situation. Il importe néanmoins d'être prévenu immédiatement pour surveiller de près un phénomène qui n'est pas grave si l'on prend à temps les mesures utiles.

L'assurance-maladie française avait su, jusqu'à ces derniers temps, se protéger contre tout abus vraiment grave. Elle se doit d'enrayer rapidement ceux qui semblent se manifester car le pays n'a pas besoin de cette nouvelle source de démoralisation. »

Recommandation aux médecins soignant des Assurés sociaux. — Par la lecture de nos précédentes circulaires et de la note ci-dessus, on peut se rendre compte de l'importance qu'ont pour le budget des Caisses de la région parisienne les dépenses occasionnées par les arrêts de travail (demi-salaire). L'accroissement considérable de ce poste de dépenses, le plus important de tous, a entraîné, en 1943, un déficit dans un certain nombre de Caisses qui jusqu'ici n'avaient connu que des résultats financiers bénéficiaires.

Le Comité de coordination, dans sa réunion du 16 Janvier

Relèvement des honoraires médicaux

	SEINE		SEINE-ET-OISE		SEINE-ET-MARNE	
	1er Mars 1944	Aug. par rapport au 15-I-38	1er Mars 1944	Aug. par rapport à 1938	1er Mars 1944	Aug. par rapport au 1-10-38
	Francs	pour 100	Francs	pour 100	Francs	pour 100
Consultation	50	66,66	40	60	30	50
Visite	60	71,42	50	66,66	40	60
Visite du D.	80	33,33	80	60	60	»
Visite de N.	120	50	100	33,33	80	»
Chiffre clé de P. C. .	30	50 [1]	30	50	»	»
Jusqu'à 1,50 inclus.	»	»	»	»	30	25
A partir de 2	»	»	»	»	25	25
K.	30	50	30	50	30	50
Indem. kil.	»	»	5 [2]	»	4	»

1. Le chiffre clé était en réalité de 25 francs. Mais la nomenclature de P. M. C. employée dans la Seine en 1938 et en 1941, étant différente de celle utilisée aujourd'hui, il paraît plus légitime d'inscrire 20 francs comme valeur correspondant à la nomenclature actuellement employée

2. A partir de 3 km.

1944, a décidé d'attirer l'attention des médecins de la région parisienne sur cette situation qui pourrait mettre en péril l'institution même des Assurances sociales, et qui, en tout état de cause, risque d'avoir une répercussion fâcheuse sur l'établissement pour les Caisses de leurs tarifs de responsabilité.

Tout en reconnaissant que la fréquence et la longueur inaccoutumées des arrêts de travail prescrits par les médecins sont surtout la conséquence des circonstances actuelles, le Comité de coordination se permet cependant de recommander aux médecins de veiller, plus encore que par le passé, à ce que les arrêts de travail ne soient prescrits que dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Il est d'autre part rappelé aux médecins que l'article 6 du décret-loi du 28 Octobre 1935 spécifie que « les prescriptions médicamenteuses sont laissées à l'initiative des médecins qui conservent la liberté d'ordonner, selon la plus stricte économie compatible avec l'efficacité de traitement, les médicaments conformes à la législation et à la réglementation existantes ». Cette invitation légale à prescrire « économiquement » mérite d'être à nouveau signalée à l'attention des médecins dans un moment où le budget des Caisses de la région parisienne plie sous le faix de charges accrues, notamment dans le domaine des prestations pharmaceutiques.

Enquête sur la médecine du travail. — Dans la circulaire n° 22 nous indiquions que nous avions demandé aux Collèges départementaux de la région parisienne de s'informer du fonctionnement de la médecine du travail, notamment de l'activité parfois abusive de certains comités sociaux et comités d'organisation.

Au cours de la séance du 16 Janvier 1944, les membres du Comité de coordination ont été d'accord pour étendre cette enquête sur quelques questions précises concernant les soins et les contrôles, contenues dans un questionnaire auquel ils seraient heureux de voir répondre le plus grand nombre possible de confrères.

Chaque médecin enverra la réponse à son Conseil de Collège départemental.

Pour le secrétaire général,
Le secrétaire administratif : Dr Coquin.

Collège départemental de la Seine

Chaussures et blouses

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine informe les confrères du département qu'il tient à leur disposition des bons de chaussures (hommes) et de blouses (hommes et femmes).

En raison du nombre limité de bons en sa possession pour ce premier trimestre, seuls pourront en bénéficier les confrères n'en ayant pas obtenu récemment par les soins de leur mairie.

Ils devront, eux ou leur représentant, apporter leur carte de textile au Conseil de l'Ordre qui, sur la demande de l'Office répartiteur, mentionnera l'obtention de ce bon.

SUSPENSION D'ÉLECTION dans l'enseignement supérieur

Une nouvelle loi, n° 58 du 5 Février 1944, vient de proroger à nouveau jusqu'au 31 Décembre 1944 les effets de la loi du 17 Novembre 1940 portant suspension d'élection dans l'enseignement supérieur et maintenant en fonctions les doyens en exercice.

(*J. O.*, 11 Février 1944.)

Secret professionnel

Une loi, n° 76 du 21 Février 1944, vient de modifier comme suit l'article 378 du Code pénal.

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un an à 6 mois et d'une amende de 1.200 à 6.000 fr. »

(*J. O.*, 21-22 Février 1944.)

Attribution de lait concentré DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE

En raison de la pénurie actuelle de lait concentré, ce produit doit être réservé aux seuls enfants âgés de 9 mois au plus dont l'état de santé l'exige impérieusement. En conséquence, tous les certificats médicaux seront périmés fin Février 1944 et les nouveaux certificats ne seront valables qu'un mois.

Les médecins pourront établir des certificats motivés du modèle ci-dessous qui seront visés et contresignés dans des consultations de nourrissons habilitées à cet effet :

Conseil national Date
de l'Ordre des médecins.

N° ...

Le docteur (nom, qualité et adresse)........................
certifie que l'enfant (nom et adresse)........................
né le ....
soumis à l'allaitement (artificiel ou mixte)... est intolérant au lait naturel et a absolument besoin de lait concentré (sucré ou non sucré) durant le mois de ...

(Cachet de l'Etablissement.)

Des dérogations exceptionnelles de lait en poudre seront accordées aux enfants de plus de 9 mois. Le médecin devra alors indiquer l'âge de l'enfant et les raisons médicales justifiant la nécessité absolue et l'urgence de cette attribution.

Ce certificat légalisé sera adressé par le représentant de l'enfant, accompagné d'une demande écrite au Service du Contrôle médical des régimes, 47, rue des Francs-Bourgeois, Paris. Après approbation la mairie délivrera une carte avec la mention « Poudre de lait infantile ».

Brevet de masseur médical

Voici le résumé du décret du 9 Février 1944 :

Pour obtenir le brevet de masseur médical les candidats (ou candidates) doivent être de nationalité française et âgés de 21 à 38 ans (sauf dispenses exceptionnelles).

La durée de l'enseignement est de 2 ans (théorique et pratique). Des dispenses partielles de scolarité pourront être accordées aux titulaires de certains diplômes ou à des candidats justifiant de services massothérapiques dans les établissements hospitaliers.

Un examen d'entrée est institué au début de la 1re année dont sont dispensés les titulaires du baccalauréat, du brevet supérieur ou d'un diplôme d'études secondaires. Seuls sont admis à s'inscrire en 2e année les candidats ayant satisfait à l'examen de fin de 1re année.

Toutes les questions concernant l'organisation et le fonctionnement des écoles seront soumises, pour avis, à un Comité présidé par le directeur de la Santé au sein duquel est constituée une section permanente qui examine les questions urgentes. Des personnalités compétentes peuvent être appelées avec voix consultative.

Les masseurs déjà pourvus d'un diplôme, brevet ou certificat d'une école libre de massage et qui pratiquaient régulièrement depuis un an au moins (lors de la mise en vigueur de la loi du 15 Janvier 1943) pourront se présenter à une session spéciale d'examen. (*J. O.*, 22 Février 1944.)

Officiers et auxiliaires du service de Santé libérés

Méd. Lt Rossi (St. VIII C) ; Dent. Lt Leduc (St. VI D) ; Méd. Lt Berthier (St. XVIII A) ; Méd. Lt Jeuilin (St. VIII G) ; Dent. Lt Binneaud et Méd. Aux. Lacoste (S. 325) ; Méd. Aux. Blanc et Soufron (St. 369) ; Méd. Aux. dipl. Bonnaud (St. V B) ; Méd. Aux. Gagne (St. III A) ; Méd. Lt Rouan (St. XIII C) ; Dent. Lt Malquarti et Dent. Aux. dipl. Piriou (Of. XVII A) ; Méd. Aux. Déchelle (St. VI K) ; Méd. Aux. Barraud (St. IV C) ; Méd. Aux. Raingeard (St. IV G) ; Dent. Aux. Van Aerde (Of. IV D) ; Méd. Aux. Faucon et Pakomoff (St. XI A) ; Méd. Aux. Piard (St. IX A) ; Méd. Cap. Legoalas (St. V A) ; Méd. Aux. dip. Luce (St. XII A) ; Dent. Lt Lebournot (St. IX C) ; Dent. Lt Soulet (St. VII A) ; Dent. Lt Moulun (St. IV G) ; Dent. Lt Rimmel (St. IV D) ; Méd. Aux. Garo (St. IV A) ; Méd. Lt Vaugier et Ripoll (St. XIII D) ; Méd. Lt Piétra (St. VIII A) ; Dent. Lt Boudet (Of. XVIII) ; Méd. Aux. Lefort (St. IV F) ; Dent. Lt Merlin et Méd. Aux. Leterme (St. XVII B) ; Dent. Aux. dip. Falaux et Méd. Aux. Nedelec (St. XI B).

Université de Paris

Faculté de médecine. — M. Lantuéjoul, agrégé, est nommé, à compter du 1er Février 1944, professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale Tarnier, en remplacement de M. Portes, transféré.

Travaux pratiques de médecine légale. — Une série supplémentaire réservée aux étudiants qui, pour une raison quelconque, n'ont pas eu leurs travaux pratiques validés à la série normale, aura lieu du 10 au 18 Mars prochain.

Inscriptions (200 fr.) au Secrétariat.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Marseille. — En raison de l'évacuation obligatoire du palais du Pharo, les services de la Faculté de Médecine seront transférés, à dater du 1er Mars :

1° Bibliothèque et secrétariat, 66, rue Saint-Sébastien (Tél. : D. 11.23 et 26.29).

2° Services généraux (salle du Conseil, salle des Actes, bureau du Doyen), 11, rue Mission-de-France (Tél. : C. 13.65).

3° Les Enseignements théoriques seront assurés dans les amphithéâtres suivants : *A. P. M.*, Faculté des Sciences, place Victor-Hugo ; *1re et 2e année :* Faculté des Sciences, place Victor-Hugo et allées Léon-Gambetta ; *3e et 4e année :* Faculté des Sciences, allées Léon-Gambetta ; *5e et 6e année :* Grand Amphithéâtre de la Faculté de Pharmacie, 92, rue Reinard.

4° Les travaux pratiques se poursuivront, pour l'*A.P.M.* (Laboratoire de biologie, de chimie et de physique) : Faculté des Sciences, place Victor-Hugo ; *les 1re et 2e année :* Anatomie, pavillon de la Timone, C.H.M. ; Histologie et Physiologie : Faculté des Sciences, place Victor-Hugo ; *la 3e année :* Anatomie pathologique, pavillon de la Timone ; Bactériologie et Parasitologie, Faculté de Pharmacie ; *les 4e et 5e année :* pavillon de la Timone et Faculté de Pharmacie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Prix. — 1° *Prix de fin d'année scolaire* 1942-1943 : *1re année :* Mlle Combier. — *2e année :* M. M. Rives. — *3e année :* M. L. Curcier. — *4e année :* Mlle J. Retourné. — *5e année :* M. R. d'Haussy.

2° *Prix Bouisson* (1941-1942). — 7 prix sont décernés, à : MM. A. Courty, Th. Drouhet, P. Cazal, P. Sentein, R. Sarran, L. Godechot, Mlle G. Vinon.

3° *Prix de la Ville de Montpellier* (1941-1942). — M. A. Courty.

4° *Prix de l'Association des Amis de l'Université* (1941-1942). — M. Th. Drouhet.

5° *Prix de thèse* (1941-1942). — *a)* Le *prix Fontaine* est attribué par moitié à MM. P. Cazol et P. Sentein. Chacun d'eux recevra en outre un *prix Galabert.* — *b) Prix du Montpellier médical :* MM. Th. Drouhet, L. Godechot, R. Sarran. — *c) Prix avec attribution de médaille :* MM. H. Darrasse, J. Escolivet, P. Gala, J. Gallician, Mlle E. Horovitz, M. J. Laforêt, Mme Lapeyssonnie (née Euzière), MM. J. Metropolitansky, R. Renner, R. Rispe, J. Schaap, R. Vallino. — *d) Mention très honorable :* MM. P. Amouroux, C. Baillet, J. Cazenave, A. Cheval, R. Coirre, J. Fabre de Morlhon, R. Georgelin, Mlle D. Lacaque, Mme Lescure (née Olga Mea), MM. Berto Marty, G. Mazoyer, H. O'Connor, I. Szpidbaum, V. Verdier, G. Waquet. — *e) Mention honorable :* MM. J. Guillaud et P. Goasguen.

6° *Prix Gingibre* (1941-1942). — 500 fr. sont décernés à M. J. Bouchère.

7° *Prix de l'Association internationale de Talassothérapie* (1941-1942). — Mlle S. Cavaillès.

8° *Prix de la Tuberculose* (1942-1943). — 2 prix sont décernés à M. Campo et à Mlle Monique Girard.

9° *Prix Swiecicki* (1942-1943). — 4 prix sont décernés à Mlle Galan, MM. Gandin, Privat, Lissitzky.

10° *Prix du XXe Congrès de Médecine* (1942-1943). — M. J. Andréani.

11° *Prix du Commissariat général aux Sports* (1942-1943). — Décerné pour deux tiers (*in memoriam*) à M. E. Girardet, élève de l'Ecole supérieure du Service de Santé de la Marine, et pour un tiers *ex æquo* à MM. Diallo et Pignan.

Hôpitaux et Hospices

Dix leçons de technique opératoire (avec démonstrations sur le sujet) auront lieu du 20 Mars au 1er Avril 1944, de 16 h. à 17 h. à l'amphithéâtre d'anatomie.

Programme. — Traitement des cancers du côlon gauche et des abcès du poumon, Enclouage des fractures du col fémoral, Traitement des calculs de l'uretère, Traitement chirurgical et rœntgenthérapie des cancers du sein, Choix des interventions pour prolapsus génitaux, Exploration lipiodolée des voies biliaires et anastomoses bilio-digestives, Traitement de la maladie de Dupuytren, Complications tardives des fractures du col fémoral, Traitement des pleurésies purulentes.

S'inscrire gratuitement avant le 10 Mars, 17, rue du Fer-à-Moulin (5e).

Concours et places vacantes

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris (1 place). — *Jury (ordre du tirage au sort) :* MM. Lallemant, Lemariey, Leroux, Lemaître, Chatellier, Huet, Grivaux. — Médecin : M. Garcin. — Chirurgien : M. Basset.

Attaché d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (Concours spécial pour prisonniers libérés). — *Jury (ordre du tirage au sort) :* MM. Bourguignon, Ledoux-Lebard, Beau, Belot, Cottenot, Peuteuil, Nadal.

Assistant en obstétrique des hôpitaux de Paris. — Un concours pour 1 place sera ouvert le 26 Mai 1944.

Inscriptions reçues, du 21 Avril au 4 Mai 1944, 3, avenue Victoria, bureau du servive de Santé (escalier A, 2e étage).

Internat de l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Un concours pour 7 places d'internes titulaires et 7 places d'internes provisoires sera ouvert le 28 Mars 1944.

Renseignements et inscriptions, 66, rue des Plantes, jusqu'au 18 Mars.

Internat de la Maison Saint-Lazare. — Le concours d'internat, qui devait avoir lieu le 6 Mars, est reporté au 22 Mars 1944.

Ecoles nationales vétérinaires. — Les épreuves écrites du concours d'admission auront lieu les 13, 14 et 15 Juin 1944, à Paris, Lyon et Toulouse. Inscriptions jusqu'au 31 Mars 1944 au ministère de l'Agriculture, services vétérinaires, secrétariat du concours d'admission aux Ecoles nationales vétérinaires, 13, rue Casimir-Perier, Paris-7e.

Une *place d'assistant à l'Institut Alfred-Fournier* est disponible au service de M. C. Levaditi.

On demande de préférence un docteur en médecine ou en pharmacie entraîné en bactériologie et en expérimentation. Traitement : 4.000 fr. par mois.

Prière aux candidats d'envoyer un exposé de titres et travaux scientifiques au Prof. C. Levaditi, Institut Alfred-Fournier, 25, bd Saint-Jacques, Paris.

Nouvelles diverses

Conférence de l'Institut Pasteur. — La conférence de M. P. MOLLARET, annoncée par erreur le lundi 23 Mars, aura lieu le lundi 13 Mars à 17 h. 30. *Sujet :* La méningite endothélio-leucocytaire multi-récurrente bénigne, syndrome nouveau ou maladie nouvelle.

Ligue française contre le rhumatisme — La prochaine séance aura lieu le 16 Mars 1944, à 9 h. 30 précises, à Necker (service de M. Jacquelin).

MM. Jacquelin et Turiaf présenteront un rapport sur : *Tuberculine-test et tuberculinothérapie du rhumatisme tuberculeux.*

— Une autre séance de la Ligue aura lieu en Octobre (service de M. F. Coste, à Cochin) sur : *Rhumatisme et carence.*

Secrétariat, 23, rue du Cherche-Midi, Paris-6e.

Le *Comité National de l'Enfance* tiendra son ASSEMBLÉE GÉNÉRALE le jeudi 9 Mars 1944, à 9 h. 45, 7, rue de Tilsitt, Paris-17e.

Il organise le même jour et dans la même salle une *Journée d'Etudes consacrée à la question des Colonies sanitaires pour enfants* présidée par M. LESNÉ.

Psychiatrie de l'hérédo-syphilis. — Ces conférences faites par le Prof. LAIGNEL-LAVASTINE auront lieu à 17 h., le mardi, à partir du 18 Avril 1944, à la salle des Conférences de l'Institut Alfred-Fournier (25, bd Saint-Jacques, Paris) sur les sujets suivants : La dégénérescence en psychiatrie. La syphilis dans la dégénérescence. Psychiatrie de l'hérédo à l'âge pré-scolaire. Psychiatrie de l'hérédo à l'âge scolaire. Psychiatrie de l'hérédo J-3 et adulte. Psychiatrie de la dégénérescence et de la criminalité.

S'inscrire à l'Institut Alfred-Fournier (10 fr.).

Bourses de préparation à l'Internat. — Le bureau de l'Association des Externes des hôpitaux de Paris annonce à ses membres que le donateur des *Bourses de préparation à l'Internat* en a repris la distribution.

Seules les candidatures rédigées sur des formules questionnaires fournies par la *Permanence de l'Association* à la Maison de la Médecine, 15, avenue de l'Observatoire (tous les samedis de 15 à 17 h.) seront prises en considération.

Dernier délai pour la réception des candidatures : 10 Mars.

Tarif maxima des maisons de santé privées. — Les maisons de santé privées du département de la Seine ressortissants du Comité d'organisation et comprises dans une des 12 catégories suivantes : Repos régime, Médecine, Chirurgie et Médecine, Pouponnières, Vieillards, Préventoria, Sanatoria, Nerveux et Mentaux, Médico-Pédagogiques, Chirurgie, Chirurgie-Accouchements, Accouchements, sont autorisées à majorer de 60 pour 100 au maximum les prix de pension et les prix de location des salles opératoires en vigueur au 1er Septembre 1939.

(*Bull. mun. off. Paris*, 16 Février 1944.)

Distinctions honorifiques

ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Chevalier : M. Brillaud, interne (Nantes) ; M. Lebuche, étudiant (Nantes) ; Mlle Tesson, interne (Nantes) ; Dr Bardon (Montceau-les-Mines), Dr Bourret (Le Creusot), Dr Brelet (Nantes), Dr Buquen (Lorient), Dr Chattot (Le Creusot), Dr Combier (Le Creusot), Dr Corlay (Lorient), Dr Dieny (Lorient), Dr Duverger (Nantes).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame FRANCK TISSOT sont heureux de faire part de la naissance de leur 5e fille, *Sylvie*. (Saint-Gervais, le 30 Décembre 1943.)

— Jeanne, Denise, Louis, Hélène et Suzanne FRIEZ sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Odile*. (Paris, 199, rue de Vaugirard, le 2 Février 1944.)

— Yves et Jean MOREAU sont heureux de faire part de la naissance de leur petite sœur *Anne-Marie*. (Maël-Pestivien, le 24 Janvier 1944.)

— Le docteur et Madame GEORGES LADOUCH sont heureux de faire part de la naissance de leur fils, *Thierry*. (Libourne, 2 avenue Foch, le 6 Février 1944.)

— Le docteur et Madame JACQUES VIALATTE sont heureux de faire part de la naissance de leur fille, *Catherine* (Paris, le 14 Février 1944.)

— Madame et le docteur JEAN SOLINHAC sont heureux de faire part de la naissance de leur fils, *Christian*. (Espalion [Aveyron], le 8 Février 1944.)

Mariage.

— Madame et le docteur RENÉ GROS (La Baule) ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille *Paule* avec le docteur ROBERT GEORGELIN, médecin de la Marine (Brest).

Décès.

On annonce :

— A Paris, le décès du docteur MOREAU-DEFARGES, président de la Coopération pharmaceutique française.

— A Bordeaux, le décès du docteur CHABANAS, professeur à la Faculté de Médecine.

— A Paris, le décès du docteur EMILE WELTI, père du docteur Henri Welti, chirurgien des hôpitaux, et du docteur Jean-Jacques Welti, médecin assistant des hôpitaux.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 16 FÉVRIER. — M. Doussor : *Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941, 1942, 1943.* — M. Zaborowski : *Séquelles psychiques des traumatismes crâniens de l'enfance.* — M. Van Houtte : *Les effets pathologiques des folliculines.*

JEUDI 17 FÉVRIER. — M. Payenneville : *Les mélanoblastoses neuro-cutanées.* — M. Brun : *Grossesses triples.* — M. Restoux : *Analyse de 50 observations de tuberculose pulmonaire survenant chez des frères et sœurs.*

MERCREDI 23 FÉVRIER. — M. Ouvrier : *Les virus poliomyélitiques. Etat actuel de la question.* — M. Decreuse : *Considérations sur le syndrome de Stokes-Adams.* — Mlle Viguier : *Une réalisation médico-sociale dans l'industrie du papier et du carton.*

JEUDI 24 FÉVRIER. — M. Issad : *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chronique au début chez les travailleurs nord-africains en France.* — M. Talpaert : *Statistiques démographiques et tables de qualification.* — M. Quinqueton : *Essai d'épuration des eaux de puits par le bactériophage.* — M. Le Bris : *Contribution à l'étude des perforations utérines instrumentales au cours du curettage post-abortum.* — M. Clavier : *L'abcès de fixation en pratique chirurgicale abdomino-pelvienne.*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

JEUDI 17 FÉVRIER. — M. Castres : *La colibacillose du veau.* — M. Cardin : *La coquille Saint-Jacques. Biologie, pêche, utilisation.* — M. Paulus : *L'industrie des conserves de sardines en France. Son origine, son évolution, son avenir.* — M. Billon : *Tuberculose de la chèvre.*

JEUDI 24 FÉVRIER. — M. Bonnaud : *Contribution à l'étude anatomique et chirurgicale des cornets nasaux chez le cheval.* — M. Boutet : *Contribution à l'étude des hernies ventrales des équidés. Leur traitement chirurgical.*

Strasbourg

THÈSES SOUTENUES.

4e TRIMESTRE 1943. — Mlle C. Madelmont : *Contribution à l'étude de la neuro-fibromatose.* — M. Utikal : *Le trophœdème-syndrome endocrino-végétatif.* — M. Henri Granet : *Au sujet du rôle hématopoïétique de la vitamine C.* — M. Robert Kohler : *L'entorse lombosacrée. Etude clinique et radiologique.* — M. Louis Chassaing : *Contribution à l'étude des anémies frustes de la grossesse.* — M. Raymond Barthélemy : *Contribution à la question de la néphrose lipoïdique.* — Mme Marie-Louise Duverger : *Iridectomies et extractions du cristallin.* — Mlle Marie-Anne Hossenlopp : *Essai sur les bandes de jeunes veleurs.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 10 *fr. la ligne* (6 *fr. pour les abonnés*).

A louer pr clinique ou vendre mais. 30 p. tt. confort., jard. 3.000 *m.*, à 4 *km.* Paris banl. sud. Ecr. *P. M.*, n° 415.

Jne fille licenciée en droit recherche situation secrétariat demi-journée, après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 433.

Visiteur, tr. bien introd. région Ouest, très sérieux, bonnes références, cherche 2e Labo. Ecr. *P. M*, n° 436.

Visiteur médic. Paris, réf. les meill., prend. 2e prod. sér. Ecr. *P. M.*, n° 438.

Laboratoire spécialités pharm. ch. dessinat. qualifié pr publicité trait et couleurs. Référ., indiquer honor. demandés. Ecr. *P. M.*, n° 446.

Dés. achet. app. métab. bas. Plantefos ou Benedict. *P. M.*, 450.

Etud. méd. 4e, ch. empl. ds Labo an. méd. Paris. *P. M.*, 453.

Visiteur médical, bon. références, ch. à s'adjoindre Labo pour secteur Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 458.

Dr A. E. M. P., posséd. certific. de radiolog., ch. cabinet radiol. à reprendre, ou remplacem. à effect., ou pl. d'assist. en radiol. Ecr. *P. M.*, n° 467.

Labo dem. visit. médic. exclusifs pour : 1° Nord, Pas-de-Cal. ; 2° Est ; 3° Normandie ; 4° Massif Centr. ; 5° Sud-O. ; 6° S.-et-O., S.-et-M., Yonne, Aube, Côte-d'Or. Serv. Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.197.

A vendre installation médicale compren. meubles, table examen, instruments, livres et divers. Ecr. *P. M.*, n° 485 ou téléph. Cli. 00-29.

A vendre mach. à écrire portative « Corona ». Ecr. *P.M.*, 493.

Démarcheur médic. visit. dep. plus. années méd. et pharm. vallée Loire, recherche Labo à représ., fixe ou commission. Ecr. *P. M.*, n° 494.

Etud. dern. an. de scolar., tr. au cour. rempl., ch. assist. Dr surch. ou remplacement toutes durées, zone sud, ou tout autre empl. Ecr. *P. M.*, n° 499.

Visiteur médic. tr. introd. méd. et hôp., excel. référ. 1 prod., ch. 2e Labo rég. Bordeaux et Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 506.

J. f. 29 a., B. E., dip. Etat inf., ch. empl. laborant. début. Ecr. *P. M.*, n° 507.

Suis acheteur table d'exam., vitrine à instrum., rectoscope Bensaude. App. haute fréq. et diat. Appar. et instrum. méd. génér. et pet. chir. Ecr. Malvezin, 138, r. Ordener, Paris-18e.

Achète ou loue vaste local droguerie laboratoire avec ou sans matériel, mélangeuses, malaxeuses, etc. Ecr. *P. M.*, n° 510.

Vénules pour prises de sang recherchées par Dr Castaigne, 40, rue d'Aubuisson, Toulouse.

Suis acheteur table opération à pompe, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 513.

Sté dem. représent. rég. pr appar. à plâtrer bandes orthop. Office Trav. Clermont-Ferrand, pl. Sugny. Visa 07493.

A vendre salon soierie, piano noyer, baignoire neuve émail. Convient à Dr. Ecr. *P. M.*, n° 515.

Doctoresse méd. Fac. Paris, anc. ext. hôpit., franç. aryenne, père étranger, conn. allem., angl., ch. pl. assistante, secrétaire, réf. anc. patrons. Ecr. *P. M.*, n° 516.

Demande place inf. chef clinique, bonnes référ. et capacités. Nicot, 22, rue Concorde, Asnières.

A vendre classeur métal. 2 tiroirs, roulem. billes, laqué blanc, conv. partic. Dr, chir. dent. Clément, 7, rue François-Ier, Ely. 34-23.

Sage-femme, int. hôp. Paris, 30 a., sér. connais. anesthésie, labo, radio, dact., accepter. direct. cliniq. chirurg. obstétric. ou pouponn. Paris, banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 519.

Etudiant en méd. 4e an., ch. pl. interne ou occup. dans clin. ou auprès Dr. Ecr. *P. M.*, n° 520.

Jne méd. ch. remplacem. longue durée. Ecr. *P. M.*, n° 521.

Phtisiologue, grosse pratique des sections d'adhérences, ch. sit. préfér. région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 522.

A vendre microscope Lemardeley ét. neuf, 4 objectifs dont 1 immersion 1/15 ; 3 oculaires. Ecr. *P. M.*, n° 523.

Jne femme lic. droit, dact. et sténotypie, rech. sit. secrét. 1/2 journée. Ecr. *P. M.*, n° 524.

A vendre : app. diath., 3 amp. 110 v. av. ts accessoires. Guérin, fabr. Ecr. *P. M.*, n° 525.

Laborantine, fin d'étude, 22 a., fille de méd., aimerait travailler ds labo d'anal. méd. parisien pr recev. client. l'apr.-midi et seconder laborantine surchargée. Ecr. *P. M.*, n° 526.

Méd. 36 a., zone évacuée, ay. expér. client., fer. rempl. lgue durée méd. génér. préf. rég. paris. Ecr. *P. M.*, n° 527.

Jne fille 35 a. dipl. Croix-Rouge, ch. secrét. médic. de préfér. l'après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 528.

Radiologue qualifié rech. sit. clin. ou autre Paris. Ecr. *P. M.*, n° 529.

Jne méd. lic. ès sc., actif, célib., aim. déplacem., ch. poste visiteur médic. prod. pharm. Ecr. *P. M.*, n° 530.

J. f. cult., b. st.-dact. ay. dirigé adm., ch. pl. secrét. direct. clin. ou mais. santé Paris ou Prov. Mlle Le Fur, 31, rue Le Marois, Paris.

Médec. expérim. ch. remplacem. lgue durée dermato-vénérologie région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 532.

Secrét. 23 a., dipl., sér. réf., ch. poste ch. méd. ou chirurg. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 533.

Jne médecin O.-R.-L. et Ophtalmo, ay. titres hospitaliers, ch. rempl. ou de préfér. pl. d'assist. près confrère Paris ou prov. Ecr. *P. M.*, n° 534.

Pour clinique, maison repos, pension famille, grande propriété ds bois de Vincennes, 1.150 *m.* P. Bailly, 68, bd Malesherbes, Paris.

A vendre : trousse chir. milit. « Windler », ét. pr neuf, compl. S'ad. C.M.M. de Bruyn, ch. M. Laporte, coif., Gradignan (Gir.).

Y.-O.-R.-L., 36 a., ch. succession ou poste à créer O.-R.-L. ou Y.-O.-R.-L., préférence sud-ouest. Ecr. *P. M.*, n° 537.

A vendre neuf moteur 1 V. A.P. pr bicyclette. Hamel, 4, av. Rodin, Paris.

Un organisme d'Assur. sociales rech. plus. médecins-cons. Seules candid. tr. sér. sont suscept. d'être reten. Ecr. *P. M.*, n° 539. Visa n° 06.363.

A vendre 1 transf. Gaiffe, bobine Ht 0,50 cont., 1 interrupteur Blondel (cont.-tourn.) cont. 70 v., 1 interrupt. Gaiffe cont. 20 v. Ecr. *P. M.*, n° 540.

A vendre : 1° microscope bactériol. 4 obj. dont 1 imm., 3 ocul. platine régl. parf. ét. ; 2° gde lampe à ray. U.-V. allum. moderne 500 w., cour. altern. 110/220. Ecr. *P. M.*, n° 541.

A vendre : beau microscope Voigtlander inclin., porte-object. révolver, mise au point rapide et micro. cond. iris, 3 obj., 5 ocul., parf. état. Tél. Pér. 02.96.

Instruments O.-R.-L. ét. de neuf à vendre. S'adr. Dr de La Fuye, 8, av. Victor-Emmanuel-III, Paris-8e. Bal. 32-00.

Jne fille ay. gde pratique bactériologie, sérologie, hématologie, ch. situation dans Paris. Ecr. *P. M.*, n° 544.

A vendre cause décès appareil cour. galvano faradique, diathermie. Hautefeuille, 17, r. Millevoye, Amiens (Somme).

Très belle propriété, 16 p. tt conf., parc, à 200 *m.* gare, 18 *km.* Paris Saint-Lazare. A louer pour clin. ou mais. santé. Ecr. *P. M.*, n° 546.

Bonne secrét. non recens. demandée par import. Labo. Sptés pr apr.-midi seulem. S'adress. Serv. des Employés, 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa 07.549.

Laboratoire ch. polarimètre en bon état. Ecr. *P. M.*, n° 548.

A vendre : bureau, appareils ondes courtes, rayons U.-V., diathermie, électrologie, 2 contacts tourn. vitrines. Ecr. *P. M.*, n° 549.

A vendre, à Toulouse, appareillage radiolog. excell. état, Ropiquet, à 1 kénotron ; Potter-Bucky Siemens, pied séparé, etc. Ecr. *P. M.*, n° 550.

Infirmière dipl., sér. référ., désire trouv. poste auprès chirurgien comme assistante ou anesthésiste. Ecr. *P. M.*, n° 551.

Assist. chirurg. ch. aides-opér. O.-R.-L. ou ophtalm. en matinées seulem. Ecr. *P. M.*, n° 552.

Visiteur intr. rég. S.-O., rech. Labos 1 à 2 prod. *P. M.*, 553.

Canadienne neuve à céder. Px. 4.000 fr. Ecr. *P. M.*, n° 554.

Médecin rég. bombardée, ch. louer pr dépôt meubles et malles 1 pièce ou 2 chez confrère. Orne, Calvados ou Eure-et-Loir. Ecr. *P. M.*, n° 555.

AVIS. — *Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.*

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

BRAVAIS-JACKSONISME PROVOQUÉ

TROUBLES DE L'ORIENTATION SPATIALE

Par **ANDRÉ-THOMAS**

Plusieurs cas d'épilepsie réflexe ont été publiés chez l'homme, comparables à l'épilepsie du cobaye dont l'étude a été faite d'abord par Brown-Sequard, et récemment avec des données pathogéniques plus précises par Pagniez et Plichet. Les cas dans lesquels la crise a été provoquée en quelque sorte à volonté chez l'homme sont relativement rares; la reproduction des crises est obtenue plus souvent dans les cas d'épilepsie symptomatique ou bravais-jacksonienne que dans l'épilepsie généralisée. L'épilepsie du cobaye procède d'ailleurs de la même manière; avant de se généraliser la crise spontanée (d'apparence) ou provoquée est d'abord unilatérale, siégeant du même côté que le traumatisme qui l'a causée.

Les troubles de l'orientation spatiale, localisés à un membre ou aux deux membres du même côté, ne sont pas très courants ou du moins ils sont assez rarement mis en valeur.

Bien qu'entre ces deux phénomènes il semble n'exister aucun lien immédiat, il nous a paru intéressant de rapporter une observation où ils se présentent sous une forme particulièrement démonstrative et dans un encadrement qui suggère quelques données instructives d'ordre pathogénique.

Le malade, âgé de 43 ans, qui fait l'objet de cette étude, a été soigné par nous pour la première fois il y a une quinzaine d'années pour des troubles cérébraux (affaiblissement de la mémoire, étourdissements) qui ont cédé complètement et rapidement à un traitement spécifique. Il y a sept ans il entra à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service de M. Cochez, où je fus appelé à l'examiner pour une hémiplégie D, des troubles du langage et des troubles visuels dont l'ensemble fut encore considérablement amélioré par un traitement semblable. Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu, il contenait 126 lymphocytes et 1 g. 65 d'albumine. Quelques jours plus tard l'albumine avait beaucoup diminué, mais le nombre des lymphocytes avait augmenté. Réaction de B.-W. négative.

Il se remit à peu près complètement et put reprendre ses fonctions à un bureau de poste. Au mois d'Avril il entre dans le service de M. Cochez, à l'hôpital Saint-Joseph, avec de la céphalée, de la raideur de la nuque, des vertiges intenses, de la diplopie, une démarche titubante et une hémiparésie D, des douleurs vives dans la région lombaire, dans les membres inférieurs surtout le G, de la dysarthrie et une assez grande difficulté à trouver ses mots. La force musculaire est alors nettement diminuée dans le côté D, l'asymétrie faciale est prononcée mais le côté G n'est pas absolument indemne. Une nuit il est pris d'une crise comitiale typique. Un nouvel examen est pratiqué. On ne constate pas un changement notable sur l'état antérieur, sauf une obnubilation plus prononcée, une plus grande difficulté à s'exprimer. De même qu'à son entrée, les réflexes ostéotendineux sont exagérés aux quatre membres, signe de Babinski bilatéral. Liquide C.-R. : albumine, 0,60; lymphocytose, 0 ; B.-W. négatif ; benjoin colloïdal légèrement positif dans la zone méningée. Traitement spécifique. Amélioration notable. Il reprend ses fonctions au bureau de poste. Acuité et champ visuel, mobilité des yeux, fond d'œil : normaux.

Au mois d'Août il est pris d'un étourdissement subit qui entraîne une chute sur le côté D. Perte de connaissance. Ni morsure de la langue, ni émission d'urines. Il reprend son service qu'il remplit régulièrement et correctement.

Actuellement, hémiparésie D, plus prononcée au membre inférieur. Asymétrie faciale, langue déviée à G se mobilisant difficilement vers le côté D; le voile du palais s'élève moins à D. Grande lenteur des mouvements du membre supérieur D. Légère dysmétrie et incertitude pour porter l'index D sur le nez et l'oreille. L'écriture est correcte bien que les doigts lui paraissent plus raides, le porteplume plus gros; les caractères sont bien formés, ni agraphie ni troubles de la construction géométrique. Discrimination motrice très altérée; il ne peut étendre ni fléchir soit le médius soit le pouce isolément, syncinésie D accompagnant les mouvements des doigts G. Au membre inférieur, faiblesse marquée, dysmétrie et légère maladresse. Hyperextensibilité des membres D, ni contracture, ni passivité. Réflexes ostéotendineux vifs aux quatre membres. Signe de Babinski bilatéral. Hémianesthésie D, superficielle et profonde, très marquée. Astéréognosie. La sensibilité articulaire est beaucoup moins prise pour le coude et l'épaule que pour la main et les doigts, pour la cuisse et le genou que pour le pied. Douleurs spontanées dans la nuque. Sensation de lourdeur dans la jambe D.

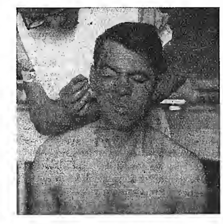


Fig. 1.

Pendant la marche le membre supérieur D accompagne la jambe G. La station sur la jambe D est impossible, le genou fléchit à cause de la faiblesse du quadriceps; la station sur la jambe G est facilement maintenue. A l'allure normale la marche est correcte; au pas ralenti avec accentuation de l'élévation des cuisses, menaces de chute à cause de la stabilité imparfaite de la jambe D. Instabilité suivie de chute lorsque les deux bras saisis sont envoyés en l'air vers la D, ou même vers la G ; obnubilation, difficulté de la parole comme après une crise



Fig. 2.

ORIENTATION SPATIALE. — 1re *épreuve :* Le malade regarde un objet placé devant lui et à sa portée. On clot les paupières. Il est invité à prendre l'objet avec la main D, celle-ci erre à une grande distance, plus souvent vers la droite. La main G s'y porte immédiatement.

2° *épreuve :* Les yeux restant clos, la main D est amenée à un objet qu'elle saisit. Elle revient au point de départ. Elle doit ensuite saisir l'objet qui n'a pas été déplacé. Même écart que dans la précédente épreuve, le mouvement n'est ni dysmétrique, ni incoordonné. La même épreuve est renouvelée avec la main G : l'objet est saisi du premier coup.

3° *épreuve :* Les yeux clos, le membre supérieur D est déplacé vers un objet saisi ou non saisi, puis remis en place; le membre G reproduit exactement le déplacement du membre D. Le membre supérieur G est déplacé puis remis à sa place : le membre supérieur D ne peut reproduire le même déplacement; sans dysmétrie, ni ataxie, il commet une erreur considérable.

4° *épreuve :* L'objet est regardé. La vue est ensuite supprimée ; les deux mains sont alors portées vers l'objet. La main G se comporte normalement, l'erreur de la main D persiste, comme dans les épreuves précédentes, légèrement atténuée.

5° *épreuve :* L'objet est saisi avec la main D (les yeux restant ouverts), une ou deux fois; la main revient aussitôt à son point de départ, les yeux sont alors fermés, la même erreur se reproduit lorsque le malade est invité à prendre l'objet. A G, comportement normal.

Le trouble signalé n'est pas la conséquence de l'anesthésie articulaire, d'ailleurs peu prononcée pour le coude et l'épaule, comme le démontre l'épreuve n° 3; la préhension de l'objet par la main D, les yeux ouverts, est d'ailleurs correcte. Le membre D est incapable de réaliser activement la trajectoire qui sépare la main de l'objet, le trouble est plus praxique que gnosique, car la situation de l'objet dans l'espace est nettement perçue (épreuve n° 1). Toutefois l'erreur ne se produit pas quand le membre supérieur D est orienté par la vue simultanée de l'objet, elle ne se produit que si le membre n'est plus orienté que par le souvenir ou la représentation spatiale de l'objet. Le malade raconte d'ailleurs que s'il rentre chez lui le soir sans lumière, il est incapable de trouver avec sa main D le bec de canne de sa porte, il le trouve immédiatement avec sa main G. Un phénomène semblable est observé pour le pied D qui dévie toujours vers la droite.

Le trouble précédent a été constaté par nous comme un signe précoce dans un cas de tumeur de la région fronto-pariétale très volumineuse. La même région paraît être en cause dans l'observation présente, mais on ne peut affirmer qu'elle ne soit pas débordée par la lésion.

BRAVAIS-JACKSONISME PROVOQUÉ. — Quelques jours après la première crise comitiale, tandis que la sensibilité était explorée au moyen de la pointe de l'aiguille, des secousses cloniques étaient déclenchées dans les muscles de l'hémiface D, chaque fois que la pointe était appliquée à l'entrée du conduit auditif du même côté. Leur apparition était aussi brusque que le déclic de la lumière à la pression d'un bouton électrique.

De nombreux examens il résulte qu'actuellement les crises cloniques se produisent à la suite de stimuli appliqués sur un assez grand nombre de régions de l'hémicorps D et seulement dans le même côté. Le stimulus peut être soit la piqûre, soit le frôlement simple, même le plus léger, soit le pincement, soit la percussion (par exemple de la région orbitaire, de

l'os malaire, du bras avec le marteau à réflexes), soit un déplacement articulaire (flexion forcée de la main ou des orteils, la torsion du corps et de la tête). Le frôlement réussit là où la piqûre reste sans effet, par exemple sur la région antéro-latérale du cou. Il est efficace presque partout, sur l'hémi-lèvre D, l'hémi-voile, la fosse nasale, le dos, la fesse, la région sous-axillaire, l'excitation la plus provocatrice est celle de l'entrée du conduit auditif. Le frôlement plantaire est très efficace. Le pincement du cou tel qu'on le pratique pour la recherche du réflexe pilomoteur est également très clonigène.

Aucune réaction n'est produite par le simple attouchement de la cornée, par la compression du testicule qui d'ailleurs n'est pas très douloureuse, par le bruit ou la lumière très vive. Le passage du courant galvanique, les électrodes appliquées sur les deux tempes, produit un grand vertige avec chute sans nystagmus, sans convulsion.

Les secousses sont rigoureusement localisées au côté D débutant par la face, prenant tous les muscles innervés par le facial; aucun mouvement de la tête et des yeux; si la bouche est ouverte, une brusque contraction des masticateurs se produit. Plus les excitations sont rapprochées plus les secousses sont nombreuses; elles finissent par se fusionner dans un spasme clonico-tonique, mais déjà le pouce et les doigts se fléchissent cloniquement à leur tour, puis le membre supérieur se porte en avant, la main et les doigts se crispent; le membre inférieur se soulève, le pied se met en flexion dorsale, les orteils se crispent en flexion, la cuisse se met en adduction. Avec une répétition suffisante des excitations, tous les muscles de la face sont en état de vibration. La crispation de la face, de la main et du pied persiste un certain temps après la suspension de toute excitation (fig. 1 et 2).

Lorsque l'agitation convulsive a atteint ce degré le malade entre dans un état d'angoisse et d'anxiété qu'exprime la physionomie, puis d'obnubilation. Il porte sa main sur la région précordiale ou épigastrique, le tronc s'incline en avant, il s'asseoit s'il est couché, l'équilibre lui manque, il s'agrippe aux objets ou aux personnes qui l'entourent, il prononce des mots et des syllabes sans suite, sans signification. Pendant quelques instants, il ne peut s'exprimer, il se comporte comme un épileptique à la fin d'une crise; il reste à la fois agité et confus. A aucun moment la face n'a pâli, elle a plutôt rougi. Ni morsure de la langue ni émission d'urines. Parfois le corps tout entier se raidit et s'incline, donnant l'impression d'une crise qui va se généraliser. Une constriction forte de l'avant-bras semble l'arrêter. Les crises fortes sont suivies d'une impotence momentanée.

Une telle réactivité exerce quelque retentissement sur la vie courante, les secousses cloniques étant par exemple déclenchées par le contact du rasoir, le passage de la brosse à dents sur la gencive. Bien que le frôlement plantaire déclenche la crise, il marche sans inconvénient, à la condition que ce soit sur un sol uni; les secousses se produisent si le pied frotte sur un sol rocailleux, sur le gravier.

La crise débute par une sensation d'engourdissement de l'hémiface D qui part de la région orbitaire pour s'étendre ensuite aux régions voisines jusqu'à la région scapulaire constituant une sorte d'aura. Bien que la sensibilité soit diminuée sur le côté D, le stimulus y provoque une sensation plus désagréable que sur le côté G. Peut-être cette qualité de l'excitation entre-t-elle en jeu pour provoquer l'aura sous forme d'engourdissement, celui-ci provoquant à son tour l'élément convulsif.

Laissant de côté cette dernière interprétation très hypothétique, qu'il suffise de retenir l'état de bravais-jacksonisme déclenché à volonté chez un sujet porteur d'une lésion cérébrale, dont il serait présomptueux de discuter la nature et le siège exact, mais dont l'excitabilité latente qu'elle entretient peut être mise en évidence par la moindre stimulation périphérique; la crise est déclenchée comme un réflexe.

Je terminais cet article lorsque je fus consulté par un homme âgé d'une cinquantaine d'années pour des douleurs très vives dans la cuisse D et une atrophie très marquée prédominant dans le quadriceps qui est flasque et très hyperextensible. La flexion forcée du genou provoque une forte douleur sur la face antérieure de la cuisse. La sensibilité est émoussée surtout sur le tiers supérieur de la même région. Réflexe patellaire aboli. Malgré ce degré prononcé d'atrophie, l'extension du quadriceps se fait avec énergie et oppose une vive résistance à la flexion passive. Extension de l'orteil D par excitation plantaire. Cet ensemble donne l'impression d'une radiculite de la 2e et de la 3e lombaire.

Le malade me rappelle que je l'ai soigné il y a vingt et un ans pour des crises qui s'étaient produites depuis une blessure cranienne de guerre, crises de deux ordres: les unes avec perte de connaissance, morsure de la langue, convulsions généralisées, plutôt rares, les autres beaucoup plus fréquentes, caractérisées par des secousses brusques dans les membres et la moitié D de la face, survenant le jour ou la nuit. Le jour, les secousses et la fermeture de la main étaient assez fortes pour qu'il lui soit arrivé plusieurs fois de briser un verre de cristal qu'il tenait dans ses doigts; la nuit, pendant le sommeil, les soubresauts étaient assez violents pour qu'il ait frappé violemment sa femme au point d'être obligé de faire lit à part. Depuis un an les secousses ont complètement disparu ; c'est d'ailleurs moins pour ces crises qu'il vient consulter que pour les douleurs de la cuisse et quelques troubles de la marche. En explorant la sensibilité aucune réaction violente n'a été constatée, mais en s'appliquant à l'entrée du conduit auditif, la pointe de l'épingle causait chaque fois des secousses dans les membres droits; le simple attouchement avec l'extrémité d'une tige mousse produisait le même effet avec moins d'intensité, mais avec la même promptitude. Cette fois encore, sur un terrain sensibilisé par une blessure antérieure (1916) et l'extraction de corps étrangers de l'écorce cérébrale en 1932, des excitations périphériques déclenchaient des secousses du type bravais-jacksonien, mais la nature ou le siège des stimuli n'étaient pas indifférents et jouaient un rôle important à côté de l'irritabilité de l'écorce dans la production des secousses musculaires ; cette fois les réactions étaient les mêmes, que le stimulus soit appliqué dans l'oreille D ou l'oreille G. Il est vraisemblable que le mécanisme n'est pas tout à fait le même dans les deux cas, il rappelle davantage celui des phénomènes de répercussivité dans le deuxième.

L'ÉTENDUE DU ROLE DE L'HÉRÉDITÉ DANS L'ÉTIOLOGIE DU DIABÈTE

PAR MM.

I. PAVEL et D. CRIVETZ

(Bucarest)

Depuis qu'on s'est rendu compte que le diabète est une maladie sociale, les études sur l'étiologie du diabète, quelque peu délaissées autrefois, sont devenues un sujet d'actualité. Parmi les causes étiologiques de cette affection, une des mieux établies est sans doute l'hérédité. Elle a pris pour certains auteurs une telle importance que les autres causes étiologiques possibles sont tombées en oubli.

Ayant eu l'occasion de faire au Centre d'Assistance médico-sociale du diabète à Bucarest une large enquête étiologique, il nous est apparu que ce dernier point de vue est excessif et que, d'autre part, les études étiologiques sur le diabète pourraient prendre un essor important et sortir du point mort où elles se trouvent si nous pouvions définir l'étendue du rôle de l'hérédité dans l'apparition du diabète. La question ainsi posée, l'importance sociale du problème étiologique du diabète prend un tout autre aspect, surtout si nous nous rappelons que du point de vue de la prophylaxie l'étiologie héréditaire empêche pratiquement toute espérance, tandis qu'elle peut en escompter à l'avenir si pour une partie des cas l'étiologie non-héréditaire pouvait être invoquée et surtout précisée.

Dans ce qui suit nous allons aborder ce problème à l'aide d'une enquête qui a été effectuée sur un premier lot de 1.000 diabétiques inscrits au dit Centre.

La majorité des auteurs trouvent l'hérédité évidente dans 20 à 30 pour 100 des cas. Quelques auteurs donnent des chiffres plus élevés, mais il s'agit alors de statistiques moins objectives, recueillies parmi un matériel sélectionné, comme celles de Schmitz et de Grote qui totalisent les malades de leur clientèle personnelle et comme celle de Falta qu'il reconnaît avoir été prise sur des malades quelque peu sélectionnés par l'importance de la tare héréditaire.

Nous avons trouvé, sur 1.000 malades, 350 cas de diabète hérédo-familial (35 pour 100) [voir tableau].

Parmi les chiffres trouvés dans la littérature et spécialement parmi ceux qui ont été fournis par une enquête objective, le nôtre est un des plus élevés et nous croyons pouvoir expliquer ce fait par la méthode plus rigoureuse que nous avons employée. En effet, notre statistique a été faite par nous-mêmes dans un laps de temps relativement court, tandis que la majorité des auteurs a eu recours à l'analyse des feuilles d'observation rédigées par différents élèves à époques variables et avec une attention inégale pour le problème de l'hérédité.

Vu la difficulté de l'enquête sur les antécédents héréditaires au cours de plusieurs générations, le chiffre de 35 pour 100 peut être au-dessous de la réalité. Mais si ce chiffre veut exprimer strictement le diabète héréditaire, il peut être — et nous le croyons — au-dessus du chiffre réel, surtout si l'on tient compte que le diabète peut être acquis chez un ou plusieurs membres d'une famille, donnant ainsi la fausse impression d'une maladie hérédo-familiale. De même le diabète peut être transmis à la manière paraphorique.

Pour des auteurs comme Umber et Greiff, on ne peut concevoir de diabète sans une prédisposition héréditaire. Selon ces auteurs les facteurs externes ne peuvent produire la maladie que s'ils trouvent un terrain sensible, une prédisposition héréditaire. Cette sensibilité est pour Umber une infériorité des îlots de Langerhans et pour Greiff une infériorité de toutes les cellules de l'organisme à l'égard de l'utilisation des hydrates de carbone.

Pour démontrer le rôle de l'hérédité dans les cas apparaissant sans antécédents héréditaires diabétiques, certains auteurs emploient l'épreuve d'hyperglycémie provoquée et mettent en valeur l'état dit de « prédiabète ». Greiff emploie l'épreuve de Staub-Traugot (Doppelzuckerbelastung) pour dépister la prédisposition au diabète ou ce qu'il appelle la « manifestatio minima ».

La répartition des cas de diabète avec antécédents hérédo-familiaux suivant la nationalité:

NATIONALITÉ	DIABÉTIQUES		DIABÉTIQUES AVEC HISTOIRE HÉRÉDO-FAMILIALE		
	Nombre	Pour 100	Nombre	Pourcentage rapporté à la nationalité	Pourcentage rapporté à 350
Roumains	663	66,3	217	32,7	67
Juifs	281	28,1	117	41,6	33,4
Divers	56	5,6	16	28,5	4,6
Total	1.000		350	35	

Nous ne pouvons partager cette opinion sans réserve. Si le rôle de l'hérédité dans l'apparition du diabète est incontestable, il nous semble toutefois qu'on fait une certaine confusion entre l'hérédité de la maladie et l'hérédité du terrain.

Pour prendre un exemple dans la pathologie générale nous rappelons que s'il existe un terrain tuberculeux qui favorise le développement du bacille de Koch, il n'en est pas moins vrai que le bacille de Koch peut provoquer la tuberculose, même si ce

terrain n'existe pas. De même si l'hypertension est dans certains cas une maladie héréditaire qui se développe au cours des années, il n'en est pas moins vrai que l'hypertension consécutive à une glomérulo-néphrite, ayant évolué vers une sclérose rénale, n'est pas une maladie héréditaire ou survenant sur une prédisposition héréditaire hypertensive.

Dans un autre ordre d'idées, mais toujours en rapport avec la conception de la prédisposition héréditaire indispensable à l'apparition du diabète, il nous semble que cette théorie dérive de la difficulté de fixer les limites normales de l'assimilation et de l'utilisation des hydrates de carbone. Au début on diagnostiquait le diabète d'après la glycosurie. On s'est aperçu ensuite que l'augmentation du taux de la glycémie pouvait être un moyen plus fidèle pour diagnostiquer le trouble du métabolisme des hydrates de carbone. Ensuite on a adopté successivement les épreuves fonctionnelles de surcharge glucidique : la glycosurie alimentaire, puis l'hyperglycémie alimentaire, puis on a mesuré la surface du triangle d'hyperglycémie provoquée d'après la technique de Labbé et Nepveux. Enfin est venue l'épreuve de la double surcharge hydrocarbonée de Greiff.

En fait, il est très difficile de fixer les limites du normal et du pathologique et c'est pourquoi en pathologie générale on a adopté des chiffres conventionnels : pour la température, pour le pouls, ou bien pour les dosages de l'urée, de l'acide urique, du cholestérol, etc., ou enfin pour les chiffres des explorations fonctionnelles comme l'épreuve de la galactosurie et des divers coefficients biologiques, on trouve les mêmes chiffres conventionnels et non pas absolus.

Tel a été aussi le procédé pour fixer les limites normales des variations de la glycémie et de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Faut-il aller plus loin et adopter l'épreuve de la double surcharge pour dépister la défaillance du métabolisme des hydrates de carbone ? Nous ne le croyons pas. Greiff a utilisé ce moyen pour dépister dans les familles de diabétiques les membres susceptibles de faire le diabète et expliquer ainsi le paradoxe du nombre plutôt réduit de diabétiques manifestes dans les arbres généalogiques des familles de diabétiques, moyen qui soit dit en passant s'est avéré lui aussi insuffisant pour satisfaire les lois de l'hérédité et surtout la conception sur la nécessité d'une prédisposition héréditaire pour l'apparition du diabète. D'autre part, ces auteurs ont voulu juger d'après elle, dans la population allemande, le nombre des prédisposés héréditaires pour le diabète.

En procédant ainsi chez des adultes, ils n'ont pas tenu compte des facteurs exogènes qui, depuis la naissance, ont pu user les organes qui président au métabolisme des hydrates de carbone. Pour dépister la prédisposition héréditaire par l'épreuve de la double surcharge glucidique, il aurait fallu chercher « la manifestatio minima » à la naissance ou peu après, avant les infections de l'enfance et l'usure de l'âge.

Nous ne croyons donc pas que la découverte de la « manifestatio minima » puisse être utile à l'hypothèse du rôle inévitable de l'hérédité dans l'étiologie du diabète : tout au plus servirait-elle, avec les réserves ci-dessus, à définir la constitution sur laquelle le diabète acquis peut survenir avec prédilection. Tout comme la notion du terrain dans la tuberculose, la « manifestatio minima » n'est ni fatalement suivie de diabète, ni indispensable à son apparition.

***

Le diabète acquis, d'origine purement externe, est un fait démontré déjà depuis longtemps en clinique. Et si l'on cherche l'explication de l'influence de l'agression externe sur un organisme, état de moindre résistance vis-à-vis de ces agressions, alors nous la trouvons plutôt dans l'ensemble des facteurs du milieu qui interviennent à la longue pour modifier le phénotype et non pas dans la prédisposition morbide transmise au génotype par la masse héréditaire. D'ailleurs, on ne peut s'expliquer autrement pourquoi dans la majorité des cas de diabète on ne peut jamais déceler cette maladie dans les antécédents de la famille. Le diabète après pancréatite, le diabète sénile des artério-scléreux, le diabète qui s'associe à un autre trouble nerveux ou glandulaire, le diabète après traumatisme cranien, etc., sont incontestablement des arguments en faveur de sa genèse fréquente non héréditaire. Dans le stade actuel de nos connaissances sur l'hérédité du diabète, il nous est donc permis de songer à une origine héréditaire, tout au plus dans 35 pour 100 des cas. Encore faut-il démontrer qu'il s'agit d'une hérédité véritable et non de la coïncidence dans une même famille de deux ou plusieurs cas de diabète acquis, ou bien d'une transmission apparente (paraphorique).

Trois arguments ont été apportés en faveur d'une transmission héréditaire du diabète :

a) La concordance chez les jumeaux monovitellins (Lemser, Hildegard, Then Berg, Pincus et White, Greiff, etc.).

b) Les résultats des épreuves d'hyperglycémie provoquée chez les membres sains d'une famille de diabétiques, autrement dit, le dépistage des cas de prédiabète ou de diabète latent (prédisposition au diabète, « manifestatio minima » de Greiff).

c) La construction de schémas de famille à l'aide desquels on essayait de déduire le nombre des hétérozygotes et vérifier les lois de Mendel.

En ce qui concerne les jumeaux univitellins, le fait qu'à un âge avancé dans presque 100 pour 100 des cas on peut noter la concordance est d'une grande importance. Cela suffit à démontrer l'existence possible de la transmission idiophorique dans le diabète. Les épreuves d'hyperglycémie provoquée de Staub-Traugot n'ont fait qu'augmenter le chiffre des soi-disant prédisposés au diabète d'une famille, sans nous éclairer sur la portée réelle de cette prédisposition et sur la modalité de la transmission. Quant à la détermination des hétérozygotes c'est un essai d'argumentation abstraite d'une hypothèse qui ne peut être vérifiée scientifiquement.

Ce qui rend difficile l'étude sur l'hérédité c'est qu'on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, vérifier les lois de Mendel chez l'homme d'une manière irréfutable. Les lois de Mendel demandent des conditions qu'on ne peut réaliser chez l'homme, chez lequel la succession lente des générations, le nombre réduit des membres dans une seule génération, le complexe constitutionnel et racial qui empêche l'observation d'une lignée pure et déterminée d'avance sont déjà des obstacles insurmontables. A ceux-ci s'ajoutent les difficultés générales de l'hérédo-biologie et surtout la question de séparer l'hérédité vraie (idiophorie) de celle apparente (paraphorie), et de l'hérédo-pathologie en ce qui concerne les facteurs endogènes et exogènes ainsi que les facteurs héréditaires couplés.

D'autre part, il ne faut pas confondre la notion de maladie familiale avec celle de maladie héréditaire. La première demande la simple constatation de cas similaires dans une même famille, ce qui peut être très bien expliqué par une transmission apparente, tandis que l'autre suppose une transmission par les gènes. Ce qui est aisé à démontrer pour le diabète c'est son caractère hérédo-familial dans au moins 35 pour 100 des cas, ce qui est difficile c'est de préciser la fréquence de l'hérédité vraie dans ces cas.

Toutefois, on peut se demander si des influences parakinétiques, comme les habitudes alimentaires, le sédentarisme du citadin moderne ne peuvent en agissant à la longue sur des générations successives se transformer à un moment donné en influences idiokinétiques, lesquelles expliqueraient l'apparition durable de modifications dans la masse héréditaire. Si cela était vrai, on pourrait imaginer une augmentation dans la fréquence du diabète héréditaire vrai (idiophorique). Mais c'est là une question que, depuis la contestation des théories lamarkiennes sur la transmission des caractères acquis, l'hérédo-biologie n'a pas su résoudre définitivement.

Toutefois les influences idiokinétiques pourraient expliquer jusqu'à un certain point l'augmentation du nombre de diabétiques constatée dans tous les pays.

Joslin et la plupart des auteurs considèrent l'hérédité comme la « base » du diabète, mais non comme une cause qui suffirait par elle-même. Si pour le daltonisme, la surdi-mutité ou bien la polydactylie, l'hérédité peut être seule en cause, le diabète a besoin même dans les cas où il y a une prédisposition héréditaire nette de causes adjuvantes. Le diabète est en effet une maladie qui n'apparaît pas à la naissance mais au contraire plus tard dans la vie et souvent même au seuil de la vieillesse.

Sans entrer dans les détails de l'étiologie du diabète, nous pouvons affirmer d'après tout ce que nous venons de dire qu'il faut admettre au moins 3 sortes de diabète :

1° *Le diabète acquis* dû à des causes exogènes immédiates qui influencent le phénotype (infections, traumatismes, etc.). Celui-ci ne se transmet pas aux descendants.

2° *Le diabète paraphorique* qui, tout en étant dû à des causes externes, est transmis par l'influence plus ou moins discrète mais persistante de ces causes (habitudes alimentaires, sédentarisme, etc.) sur plusieurs générations.

3° *Le diabète héréditaire* qui se transmet par les « gènes » et qui est dû presque exclusivement à des causes endogènes.

Le diabète paraphorique ferait la transition entre les deux autres. Notre chiffre de 35 pour 100 correspondrait à la fois au diabète héréditaire vrai, au diabète paraphorique et au diabète acquis par hasard chez plusieurs membres d'une même famille. La prophylaxie pourrait agir sur ce dernier ainsi que sur les 2/3 restants du nombre total de diabétiques qui n'ont pas une histoire de diabète dans leurs antécédents. Dégagé de l'emprise de l'hérédité, le vrai problème sera désormais de découvrir les causes étiologiques qui peuvent expliquer l'apparition du diabète dans les 2/3 des cas ci-dessus. Ainsi, on pourra espérer enrayer le progrès du diabète sans maudire la civilisation dont on a fait une cause aussi évidente qu'imprécise.

INTOLÉRANCES ET DÉSENSIBILISATIONS

Par L. BORY
(Paris)

La question des moyens de désensibilisation nécessite une définition préalable de la « sensibilisation ». Or, si le terme est aisé à concevoir, il est fort difficile à préciser, car il s'applique à quantité de phénomènes disparates; il comporte d'ailleurs des synonymies (intolérance, allergie, anaphylaxie, idiosyncrasies) préférées par certains auteurs et plus particulièrement applicables à certains cas ou à certaines applications.

Attachons-nous au terme le plus général, dérivé du qualificatif « sensible ».

Dans le domaine moral comme dans le physique, un être ou un instrument est plus sensible qu'un autre (on peut le dire sensibilisé) quand un choc, qui n'ébranle pas l'équilibre du premier, détruit celui du second.

Pour l'instrument, une balance par exemple, nous connaissons les causes de la sensibilisation, recherchée par le constructeur : il serait facile de la détruire. Malheureusement, dans le domaine biologique, où la complexité des structures et des fonctions est infinie, il existe — comme dans le domaine moral — une foule de sensibilités, constitutionnelles ou acquises, toutes fort différentes et dont les causes (car elles sont certainement multiples) nous échappent. Pour répondre à notre passion de l'expliqué, nous donnons un ou plusieurs noms à l'inconnu, sans nous apercevoir qu'ainsi se trouve désigné toujours l'effet (intolérance, allergie, etc.) et non la cause.

Limitons-nous donc à l'étude des faits et des conditions apparentes habituelles de leur apparition.

Le mot sensibilité n'a aucun sens à mon avis si on ne le rapporte pas au système qui la reçoit, la ressent et l'exprime. La réaction sensible est un réflexe ; chez les insensibles il est faible ou nul; chez les sensibilisés il est vif, voilà tout. *Toutes les réactions d'intolérance sont d'ordre neuro-moteur.*

Tous les procédés de désensibilisation tendront à influer sur l'un des points du circuit d'axone pour supprimer ou modérer l'excitant (le doigt touchant

le clavier); atténuer le choc central (l'étouffoir sur la corde tendue); diminuer la résonance une fois le choc déchaîné (abaissement du couvercle du piano, limitant l'étendue de l'espace résonnant).

I. — Supprimer ou modérer l'excitant.

Rien n'est plus simple quand on le connaît et qu'on a tout pouvoir sur lui. Le doigt n'atteindra pas la touche ou ne le fera qu'avec douceur.

Ce qui est aisé dans le domaine instrumental l'est beaucoup moins dans le biologique. Eviter un coup de soleil en ne s'exposant pas à la lumière est relativement simple, car la cause agressive est évidente. Tant d'autres dermites dites artificielles sont liées à l'influence d'agents extérieurs complexes ou inattendus ! La méthode des tests cutanés peut aider à les révéler, mais il ne faut pas trop faire état sur leur exactitude.

Ce qui importe, d'ailleurs, ce n'est pas tant la nature de l'agent excitant que la dose ou l'intensité anormalement faibles, susceptibles de déclencher, chez le sujet sensibilisé, le réflexe réactionnel.

Enfin, la peau, point de départ et d'arrivée du réflexe, est tellement liée au système nerveux, qui n'en est qu'une « incroissance », que sa propre irritabilité se confond avec celle de l'ensemble.

Lorsqu'un prurit se manifeste, même si sa cause externe est évidente (insecte piqueur), il ne s'agit pas d'une irritation cutanée pure, mais d'une atteinte de ses terminaisons nerveuses, sensibles ou vasomotrices, par l'excitant venimeux agissant directement sur l'arc réflexe le plus court, l'axone cutanée.

Il en est probablement de même dans d'autres variétés de prurit, d'origine apparente inverse, tel celui des ictères par rétention, où l'imprégnation des téguments par les sels biliaires constitue le facteur d'une sensibilisation, que la disparition de l'ictère fera parallèlement disparaître; tel aussi le prurit et plus généralement la réaction urticarienne du choc histaminique, que l'histamine ait été inoculée ou qu'elle (ou des substances d'action analogue) soit parvenue, grâce à des insuffisances digestives ou autres, dans les territoires cutanés.

En pareil cas le meilleur moyen de désensibilisation est le traitement de ces insuffisances. Pour n'en citer qu'une, la traversée de l'intestin par des protéines étrangères non ou mal assimilées, *le pansement bismuthé* m'a toujours paru le premier stade et le plus utile du traitement des urticaires d'origine digestive. L'action des *antihistaminiques de synthèse* (antergan) récemment découverts doit être précieuse si, comme il est probable, elle agit pour neutraliser le corps nocif, comme le pansement bismuthé, à son lieu de formation et de passage et sans doute aussi après sa résorption par le milieu circulant qui l'apporte à la peau. On voit par ces exemples que si l'origine de la cause de l'irritation cutanée est lointaine, long le trajet du toxique à la source réflexe cutanée, l'arc réflexe, l'axone cutanée, est toujours aussi court. En cherchant à distance l'effet protecteur, que nous appelons à tort désensibilisant, nous ne faisons qu'agir au point de départ du réflexe, en empêchant le doigt de s'abaisser sur la touche.

La plupart de nos « désensibilisants » généraux ne doivent être que des neutralisants antitoxiques ou des « redresseurs » de fonctions troublées laissant se produire et s'infiltrer des toxiques; les produits soufrés tels que le thiofène, l'*hyposulfite de soude* surtout, si heureusement employé depuis Ravaut, l'argent colloïdal, le carbonate de soude, tous les antiseptiques intestinaux, l'oxyquinoléine en tête, font partie de ce groupe.

Mais ils ne luttent pas, à vrai dire, contre l'état de sensibilisation. Celle-ci peut être définie, en effet, la *tension anormale,* constitutionnelle ou acquise, de l'*arc réflexe cutané* et peut-être des centres supérieurs correspondants de résonance.

II. — Diminuer la tension de l'arc réflexe.

Tel est le pouvoir que doit exercer un véritable désensibilisant. Cela pose en fait un problème neurologique, plus ou moins nettement relié à un problème endocrinien.

Un déséquilibre vago-sympathique est à la base du phénomène.

Prenons un exemple parmi les nombreux cas d'urticaire d'origine médicamenteuse. L'opium, la morphine déterminent fréquemment de l'urticaire. Asthme et urticaire sont observés parfois chez les toxicomanes et disparaissent à la désintoxication ; mais inversement, l'urticaire peut apparaître au début d'une cure de désintoxication, qui rompt un équilibre établi par l'accoutumance, et la reprise de la morphine supprime les accidents (Joltrain, Morat, Ley). L'urticaire apparaît ainsi dans deux conditions opposées de la rupture d'équilibre; dans un cas, c'est la suppression progressive de la morphine qui semble rétablir l'équilibre neuro-tonique ; dans l'autre, c'est l'injection du toxique au morphinomane en état de besoin.

Quelle que soit la cause de la sensibilisation — l'urticaire, à ce point de vue, nous montre la multiplicité des facteurs déterminants du syndrome (l'urticaire émotive, celle provoquée par le froid, n'ont pas de lien apparent avec celles dues aux aliments, injections de sérum, médicaments) — c'est *le système nerveux de la vie organique qui, finalement, agit comme condensateur trop chargé d'électricité et qui éclate en se déchargeant.*

J'ai invoqué ce mécanisme analogue pour l'épilepsie, dont la crise est si souvent accompagnée d'urticaire ; le contraire a été signalé : crises épileptiformes dans l'œdème de Quincke. La crise peut être attribuée à un brutal et fugace œdème cérébral localisé ou à un simple phénomène électrique de condensation, puis de décharge. Cette dernière explication est la seule possible pour les épilepsies animales (du cobaye et du chien de meute); où la mise en tension des centres est occasionnée précisément par des insectes (poux ou acariens) fauteurs de prurit; où le pincement de la peau irritée chez le cobaye, la passion de la chasse déchaînée chez le chien courant font éclater le condensateur et provoquent la crise. J'ai pu ainsi appeler l'urticaire « l'épilepsie de la peau », car ce qui se passe dans l'arc réflexe le plus long doit également se passer dans le plus court, l'axone cutanée, que je suppose limité par le premier relais ganglionnaire sympathique. Les crises de l'électro-choc apportent une confirmation à cette manière de voir.

Il n'y a certes pas dans ce qui précède une simple explication par hypothèse; il y a déjà des faits. En voici d'autres :

Nul n'ignore que l'*adrénaline* a une action remarquable sur les œdèmes de Quincke; elle est aussi efficace dans l'urticaire, surtout si on lui associe les pansements bismuthés sur la muqueuse gastro-intestinale, agissant sur la cause irritante pour l'empêcher de se renouveler, au cas, bien entendu, où l'origine alimentaire paraît le plus probable. Et, contrairement à ce qu'en disent Flandin, Poumeau-Delille et Soulié dans leur article de la *Nouvelle Pratique dermatologique,* c'est la voie buccale qui m'a donné les plus constants résultats, à condition de donner des doses suffisantes et fractionnées (XXV gouttes au moins quatre fois par jour de la solution au 1/1.000).

Le bromure, le gardénal, les tartrates borico-sodique ou potassique même peuvent être utilisés avec profit.

Tels sont les meilleurs médicaments, vraiment désensibilisants, de l'urticaire, considérée comme le type des maladies de sensibilisation ; mais il est d'autres types :

1° Les uns plus simples, où le syndrome est dissocié, incomplet; limité au prurit (cas des ictères par rétention) ou au phénomène vaso-moteur (dermographisme). Leur traitement n'en est pas moins décevant.

2° Les autres sont plus complexes et de thérapeutique non moins décevante. Ce sont les eczémas, où le déséquilibre ne porte pas seulement sur la neurotonie de l'arc réflexe cutané, mais *fait éclater le choc également sur la cellule épidermique* dont la spongiose et la vésiculation représentent l'explosion qui finalement la détruit.

D'après Civatte, en effet, la lésion initiale de l'eczéma est cellulaire et superficielle (couches les plus superficielles du corps muqueux). Jusque-là l'explication de Unna (œdème du corps muqueux le premier en date) était admise par la plupart des dermatologistes. Cela ne change rien à l'interprétation pathogénique du choc, mais les constatations de Civatte me paraissent l'éclairer d'un jour nouveau en nous permettant d'interposer la cellule épidermique dans le circuit de l'arc réflexe où elle me paraît se trouver coincée comme dans un court-circuit qui la fait exploser. J'emploie peut-être à tort ces comparaisons avec les phénomènes électriques. Mais on n'a jamais tenu compte, pour essayer d'expliquer ces lésions cutanées, des charges électriques des diverses couches cellulaires. Le choc déterminant de l'eczéma me paraît relever davantage de perturbations physico-chimiques locales et superficielles que de proches ou lointains déséquilibres neuro-endocriniens. Les eczématisations en sont une preuve.

Pour les eczémas, une sensibilisation analogue à celle des urticaires est loin d'être démontrée.

Les meilleurs médicaments de cette variété de dermatoses sont encore les topiques ; ce sont les moins infidèles, à condition de les appliquer à bon escient.

Les changements de climat, les cures thermales sont, avec eux, les meilleurs parmi nos moyens d'action.

Les médicaments désensibilisants dans l'eczéma sont d'action le plus souvent décevante. Les médications qui s'adressent au tonus neuro-végétatif sont le plus souvent inopérantes. Il en est de même des diverses protéinothérapies (autohémo, vaccins, extraits endocriniens).

Malgré la multiplication de tant de moyens thérapeutiques, il n'en est pas qui dérive d'une claire directive. Nous donnons du *chlorure de calcium,* de *l'hyposulfite de soude,* des *extraits de rate,* aussi bien que d'autres de l'*éosinate de césium,* du *carbonate de soude* ou de *potasse,* du *sang* ou simplement du *sérum* de l'individu, sans savoir ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.

La réaction de l'eczéma demeure une grande inconnue. Il faut l'étudier expérimentalement et dans le domaine thérapeutique en faisant table rase de tout ce qui a été fait ou écrit à ce jour.

A mon laboratoire d'armée, à Reims, pendant les neuf premiers mois de cette guerre, j'avais fait appel à un jeune physicien éminent, élève de Langevin et de J. Perrin, pour mesurer les différences de potentiel susceptibles d'expliquer dans un sérum syphilitique, par rapport aux sérums normaux, les sens ou le rythme d'une floculation. Nous n'eûmes pas le temps de pousser loin nos recherches. Je voudrais qu'un physicien nous éclairât sur les micro-tensions ou charges électriques aux divers étages de l'épiderme et du derme dans la peau saine, preeczémateuse et eczématisée. Car il y a dans le processus initial de l'eczéma une lyse cellulaire *épidermique* qui pourrait bien n'être qu'un effet électrolytique.

En résumé, il existe 2 groupes morbides relevant apparemment des phénomènes d'intolérance :

1° Celui des urticaires et prurigos (lésion initiale dermique);

2° Celui des eczémas et dermites d'irritation (lésion initiale épidermique).

Le premier seul paraît être déterminé par un *état de sensibilisation.* A lui s'applique la thérapeutique de désensibilisation avec ses diverses modalités.

Le second ne paraît pas lié à un état semblable; il réunit des réactions cutanées d'*irritabilité* et non d'intolérance et ne diffère guère des réactions semblables des divers états inflammatoires; c'est pourquoi les thérapeutiques antiphlogistiques sont les meilleurs remèdes.

Il faut rechercher, par les études micro-chimiques et surtout micro-physiques portant sur les plans cutanés, la découverte de possibilités étiologiques et thérapeutiques nouvelles.

Bibliographie a consulter.

Nouv. Prat. Derm. (*Masson et Cie,* édit.). Tome I : A propos du rapport calcium/potassium comme facteur d'irritabilité cutanée (on n'en peut tirer aucune conclusion), 147 ; Les réactions individuelles et raciales, 373 ; Les réactions d'intolérance, 459 ; Désensibilisation non spécifique, 637. — Article de MM. Sézary et Horowitz. Tome II : Pathogénie de l'urticaire, 25 et suivantes ; Pathogénie de l'eczéma, 94 et suivantes ; Traitement des troubles qui favorisent la sensibilisation, 111 ; Figures très suggestives sur la lésion initiale, la vésiculation primordiale, 77 à 80 surtout. — L. Bory : Clinique et Pathologie comparée. Chapitre sur les *Epilepsies dans la série animale* (*Masson et Cie,* édit.).

LES BASES ANATOMIQUES DE LA CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE DANS LE MÉGADOLICHOCOLON

PAR MM.
A. COURTY et Y. GUERRIER
(Montpellier)

Les neurotomies sympathiques utilisées en France à l'heure actuelle dans le traitement du mégadolichocôlon paraissent se réduire aux interventions portant sur les chaînes lombaires et sur les splanchniques thoraco-abdominaux. C'est là, manifestement, un progrès né de l'expérience chaque jour plus grande des opérateurs, autant que de lcur connaissance ehaque jour plus précise de l'anatomie et de la physiologie du système végétatif colique. Et eependant, les indications de ees interventions, même ainsi limitées à deux segments du sympathique, sont loin d'être définitivement arrêtées ; la variété des conduites opératoires adoptées en témoignent, l'inconstance des résultats justifiant en effet toutes les tentatives nouvelles.

Nous croyons que dans ces tâtonnements vers une plus grande certitude, les anatomistes ont encore leur mot à dire. C'est ee qui nous incite à reprendre dans ces quelques lignes la question de l'innervation sympatbique du gros intestin, en nous appuyant sur des recherches personnelles entreprises dans le but précis de leur applieation possible à la ehirurgie du mégadolichocôlon.

Nous nous proposons principalement de montrer, par des données strietement morphologiques, quels sont les éléments nerveux dont dépend chaque segment colique, pensant déduire de ces faits que les indications opératoires à l'avenir ne pourront être correctement posées que si elles tiennent un plus grand compte de la topographie des lésions.

Une loi de correspondance existe entre les points où pourra s'exercer l'action chirurgicale et les territoires nerveux qui seront de ce fait modifiés.

A cette loi devront satisfaire, et les interventions et les infiltrations novocaïniques.

* * *

Rappelons d'abord un fait qui nous paraît essentiel, c'est l'existence d'un côlon droit et d'un côlon gauche distincts situés de part et d'autre de l'angle splénique. C'est ee que prouvent l'embryologie, l'histologie, l'anatomie macroscopique, ainsi que l'étude des pédicules vasculaires et nerveux[1] ; la physiologie, d'ailleurs, confirme elle-même cette notion. Cbacun de ees côlons possède une innervation propre, l'une issue du plexus mésentérique supérieur pour le côlon droit, l'autre du plexus mésentérique inférieur pour le côlon gauche. Or, si ces plexus, ainsi que leurs branches efférentes, forment deux systèmes bien individualisés, il n'en est pas de même de leurs pédicules d'origine. Le plexus mésentérique supérieur n'est tributaire que des nerfs splanchniques thoraco-abdominaux. Le plexus mésentérique inférieur est tributaire des mêmes splanchniques par les nerfs inter-mésentériques, mais en plus dc certains rameaux efférents des 1ers ganglions lombaires. C'est la valeur respective de ces deux apports que nos dissections nous ont permis d'apprécier et que nous allons à présent exposer. Ces dissections ont surtout porté sur des fœtus ; c'est là un matériel d'étude parfait, car il permet de se faire rapidement une idée d'ensemble sur plusieurs étages du sympatbique et ainsi de mieux les comparer entre eux.

Nous avons observé des types divers dont nous ne donnons que les principales caraetéristiques.

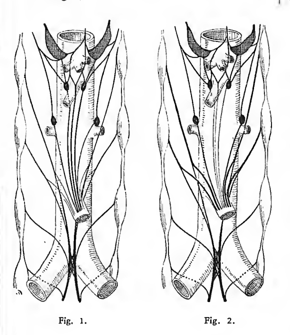
a) Cbez certains sujets, un contingent intermésentérique très important issu du plexus mésentérique supérieur est associé à des filets lombaires excessivement grêles, issus des 1er et 2e ganglions. Ces filets lombaires ne constituent alors qu'un apport minime du plexus mésentérique inférieur ; ils forment surtout les racines du nerf présacré et des nerfs hypogastriques ; ils sont manifestement des splanchniques à destinée pelvienne (fig. 1).

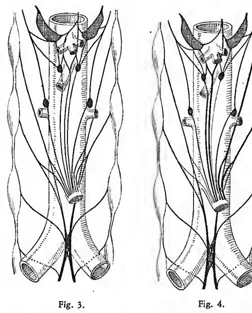
b) Chez d'autres sujets, les branches lombaires paraissent avoir un volume double de celui des nerfs intermésentériques. Elles donnent de nombreux et volumineux filets au plexus mésentérique inférieur (fig. 2).

c) Entre ces deux types extrêmes, l'un où prédomine l'apport des nerfs intermésentériques, c'est-à-dire des splanchniques thoraco-abdominaux et l'autre surtout tributaire des splanchniques lombaires, tous les intermédiaires peuvent exister (fig. 3).

d) Enfin, nous devons noter un fait excessivement important et qui, comme nous le verrons, risque de rendre encore plus incomplet un acte opératoire restrictif — l'asymétrie fréquente de ces apports nerveux (fig. 4).

1. A. COURTY et Y. GUERRIER : A propos de l'individualisation des segments coliques. La limite du côlon droit et du côlon gauche est à l'angle splénique. Justification anatomique. *Travaux du laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine*, Janvier 1943.


Fig. 1. Fig. 2.


Fig. 3. Fig. 4.

* * *

Tels sont les faits dont il faut tenir compte, et pour bâtir une expérimentation, et pour juger un résultat opératoire; tels sont les faits qui, à l'avenir, doivent être à la base de la conduite opératoire.

Leur interprétation est en effet, à notre avis, la suivante : 1° la splanchnicectomie bilatérale est l'intervention de choix pour les mégadoliehocôlons droits, puisque le côlon droit est tributaire par le plexus mésentérique supérieur des deux splanchniques thoraco-abdominaux ; 2° en présence d'un mégadolicbocôlon gauche, unc intervention ne sera complète et pleinement efficace que si elle comprend une splanchnicectomie bilatérale et une gangliectomie lombaire bilatérale intéressant les deux 1ers ganglions, puisque le côlon gauche est tributaire du plexus mésentérique supérieur, donc des splanchniques tboraco-lombaires, par les nerfs intermésentériques, mais aussi du plexus mésentérique inférieur, done des deux 1ers ganglions lombaires ; l'apport respectif de ces éléments étant impossible à prévoir du fait des variations que nous venons d'exposer, la sympathectomie la plus étendue aura des ehances d'être la meilleure.

Nous ajouterons, en outre, que ces variations nerveuses nous permettent de saisir que des résultats corrects mais inconstants aient été obtenus avec des interventions incomplètes.

* * *

Il serait satisfaisant, chaque fois qu'est publiée une observation de mégadolicbocôlon, de saisir à la lumière de ces notions anatomiques la relation entre la variété topographique des lésions et l'intervention pratiquée ; alors peut-être pourrait-on comparer les statistiques et ne pas se trouver devant un amas de faits cliniques hétérogènes qui laissent le lecteur assez perplexe.

Rapportant les idées de Leriche sur les indications opératoires dans le mégadolichocôlon, Servelle écrit : « En principe, s'il s'agit d'un mégadolichocôlon généralisé, il faut faire l'intervention bilatérale, c'est-à-dire splanchnique et 1er ganglion lombaire d'un côté (celui où il y a les plus grosses lésions), sympathectomie lombaire de l'autre, 2e, 3e et 4e ganglions ou le 1er. »

Cette conception, que nous pourrions qualifier d' « asymétrique » et que l'on retrouve dans les interventions portant sur le sympathique cervical, heurte trop les notions d'anatomie générale qui s'appliquent au tractus intestinal, pour que nous puissions la partager ; même si elle repose sur des faits, n'y a-t-il pas encore mieux à faire ? Elle est proche assurément de la vérité anatomique, mais pourquoi laisser d'un côté le 2e ganglion lombaire qui pcut constituer par ses rameaux efférents une voie d'apport importante au plexus mésentérique inférieur ? Pourquoi, de la même manière de l'autre côté, envisager la possibilité d'une hésitation entre les 2e, 3e, 4e ganglions et le 1er ?

M. le Prof. Jean Delmas a coutume de comparer le système sympathique à un réseau d'irrigation constitué par de nombreux canaux communiquant entre eux, voulant de ce fait indiquer qu'une interruption, pour être efficaee, doit être totale si l'on veut éviter la persistanee des voies détournées.

De la même manière, lorsque Passler se propose de remplacer sa technique de « sympathectomie radicale » par la splanchnicectomie uni ou bilatérale, sous le prétexte que les splanchniques thoraco-abdominaux atteignent en définitive tout le cadre colique, il passe d'un extrême à l'autre, puisqu'à présent il néglige l'apport sympathique lombaire, comme autrefois il négligeait l'apport splanchnique. Nous pourrions eneore citer pour montrer la discordance entre les indieations opératoires et lcs lésions topographiques les observations rapportées récemment par MM. Mallet-Guy, Cuvereaux et Marion.

* * *

Reste une question qu'il nous faut envisager, c'est celle qui a trait à l'indication respective des infiltrations du splanchnique et du sympathique lombaire comme test préopératoire.

Pourquoi ne pas essayer ici encore de formuler des indications ? Considérons les territoires atteints par la scurocaïne. Nous savons que l'infiltration du splanehnique intéresse le 1er, mais seulement « souvent » le 2e ganglion lombaire ; qu'à l'opposé l'infiltration lombaire peut intéresser le splancbnique, mais que ce dernier est à la limite des zones infiltrées.

Il en résulte qu'aucune de ces infiltrations n'est séleetive sur l'un ou l'autre des pédicules nerveux destinés soit au côlon gauche, soit au côlon droit.

Entourons-nous par conséquent du maximum de garantie et s'il s'agit de juger de l'efficacité de la splanchnicectomie commençons par l'infiltration du

splanchnique, n'allons pas infiltrer la chaîne lombaire et réciproquement.

C'est parce que la lecture de bien des publications nous a montré que cette façon d'agir était rarement employée que nous nous sommes permis cette remarque.

*
* *

En définitive, la chirurgie du sympathique dans le mégadolichocôlon obéit à certaines lois qui ne peuvent pas être transgressées ; ces lois reposent sur les relations nerveuses morphologiques existant entre la topographie des lésions et les segments végétatifs à réséquer ou à infiltrer.

« En matière d'indications opératoires dans le mégadolichocôlon, écrit Leriche, il est vain de légiférer, il y a encore trop d'inconnues. Nous devons tâtonner, je me refuse à fixer des règles. »

Satisfaire au schéma anatomique, c'est déjà pour nous une approximation indispensable sur le chemin de la vérité.

(*Travail du laboratoire d'anatomie* [Prof. J. Delmas] *et de la clinique chirurgicale A* [Prof. G. Massabuau].)

SECONDE NOTE SUR LE FRACTIONNEMENT DE LA DIURÈSE

Par **R. LACASSIE**
(La Teste-de-Buch, Gironde)

Dans une note précédente, on a vu que le fractionnement de la diurèse montre l'existence d'habitudes rénales dont le conditionnement est assuré par les repas et le sommeil, habitudes rendues sensibles par la monotonie des volumes et des densités urinaires et aussi par la fixité des heures de miction. Cette monotonie fonctionnelle n'est qu'une apparence, comme le prouvent, chez le sujet sain, la seule observation suffisamment prolongée et l'emploi des épreuves de diurèse. De la confrontation des résultats fournis par ces deux moyens d'investigation, naissent deux notions capitales : celle d'un rythme de la sécrétion urinaire et celle de souplesse rénale.

I. On connaît l'existence d'un rythme de la diurèse étroitement lié au fonctionnement rythmique du foie (Forsgren, Holmgren). Ce rythme peut être figuré sous forme d'une courbe, dont la partie ascendante s'étend de 0 à 13 heures, avec maximum sécrétoire à 13 heures, et la partie descendante de 14 à 24 heures avec minimum sécrétoire à 24 heures. Cet aspect est le même pour chaque jour et se répète, identique, pendant toute la vie de la majorité des sujets en état de santé. On peut la nommer onde sécrétoire de Gerritzen, du nom de celui qui l'a décrite. La fixité des heures de miction démontre que, superposées à cette onde sécrétoire quotidienne unique, existent, à l'intérieur du nycthémère, une série d'oscillations sécrétoires multiples, chaque jour pareillement répétées : c'est là un autre aspect du rythme urinaire.

Toute action pathologique ou expérimentale exercée sur une des constantes fonctionnelles urinaires, volumes, densités, horaire, entraîne la perturbation de toutes les autres. Si, par ingestion d'eau, on change le volume des mictions, on en précipite l'horaire et on abaisse leurs densités.

Un régime sec, en diminuant les volumes, augmente les densités et espace les mictions, cette dernière variation étant non pas immédiate, mais seulement perceptible au bout d'un temps suffisant.

Il existe différents moyens de troubler l'horaire urinaire. La pollakiurie et la rétention volontaires sont les plus simples à mettre en pratique : elles s'accompagnent d'une oligurie toujours appréciable.

La clinique nous offre deux cas remarquables de perturbations urinaires par modification des temps de miction. Le premier est celui des cystites avec pollakiurie, dans lesquelles la diurèse est fortement diminuée. Le second est celui des prostatiques polypollakiuriques en rétention aiguë. Ces malades émettent chaque jour un volume urinaire supérieur à 2 litres, en un nombre de mictions souvent proche de 20. On peut donc redouter, dès le début de la crise, d'être contraint à des cathétérismes fréquents pour les soulager. Or, le plus souvent, un à deux sondages par vingt-quatre heures, évacuant au total 500 à 700 cm^3 d'urines et parfois moins, suffisent à assurer la paix urinaire de ces sujets. Le trouble de l'horaire, ici encore, entraîne une modification considérable des volumes, avec augmentation des densités si le rein est encore normal : il y a là une véritable épreuve de concentration. La sécrétion urinaire normale ne reprend son cours qu'avec la disparition de l'obstacle et celle-ci, lorsqu'elle survient spontanément, est annoncée par l'augmentation de la diurèse. Il n'est cependant pas rare que la levée de la cause de rétention, spontanée ou thérapeutique (sonde à demeure, cystostomie, prostatectomie), ne rétablisse pas le volume urinaire primitif. De polyurique, le malade est devenu oligurique, au sens où l'entend M. Castaigne. Chez ce prostatique vont peu à peu se préciser les symptômes de la rétention azotée : ainsi peut s'expliquer la genèse de certaines néphrites ascendantes.

L'existence d'un rythme urinaire conduit à un certain nombre de conséquences concernant les épreuves de perméabilité rénale. Elles doivent être commencées en excrétion libre, c'est-à-dire après une miction spontanée et non provoquée pour des facilités opératoires. Pour la même raison, il importe peu que la miction soit exécutée à la demande, à la fin de l'épreuve.

Lorsque les tests recherchés ont un but médical, qu'ils sont donc destinés à être répétés, ils doivent, pour être comparables, se rapporter aux mêmes heures de jours différents.

Ainsi disparaîtront un grand nombre de résultats discordants, paradoxaux ou variables. Tout au moins ne devra-t-on retenir pour valables que ceux dont l'horaire aura été préalablement défini.

II. Un rein est dit souple lorsqu'il peut, chez un sujet donné, assurer une dépuration urinaire normale, quelles que soient les conditions de travail devant lesquelles il est placé, ces conditions étant, bien entendu, compatibles avec l'état de santé. Ce pouvoir singulier d'accommodation est la caractéristique essentielle du rein sain : il dépend entre autres facteurs de la vitesse de sécrétion et du pouvoir de dilution-concentration. Etudier les fonctions de diurèse c'est, pour partie, mesurer le complexe désigné sous le nom de souplesse. Aussi la nécessité de multiplier et de répéter les épreuves de laboratoire apparaît avec une évidence particulière, surtout si on adopte un point de vue médical.

Au contraire l'invariabilité fonctionnelle est le propre de l'insuffisance rénale. Si l'horaire urinaire y reste fixe, les volumes de miction tendent à l'équivalence : les mictions diurnes sont sensiblement égales, restant très inférieures aux mictions nocturnes, qui elles-mêmes adoptent, pour leur propre compte, des volumes identiques. De cette monotonie excréto-sécrétoire résulte la disparition de la prédominance volumétrique de la miction du lever.

Plus suggestive encore est l'étude des densités urinaires. S'il est impossible de rapporter ici un grand nombre d'observations, on peut, de leur comparaison, tirer un certain nombre de règles. Il serait excessif d'accorder à ces règles une valeur absolue : elles sont seulement valables pour la majorité des cas de néphrite chronique.

1° La paridensité urinaire est une des plus fidèles manifestations de l'insuffisance rénale.

2° Si cette paridensité est habituellement basse, il n'y a pas là un caractère constant. J'ai vu des azotémies de plusieurs grammes, à quelques heures de leur terme fatal, coexister avec une densité uniforme supérieure à 1015. Cette particularité se rencontre, semble-t-il, dans les azotémies secondaires à une hypertension artérielle, depuis longtemps solitaire en apparence.

3° Il en résulte que le niveau de la densité urinaire ne permet pas, à lui seul, de porter un pronostic : la densité plus faible constatée ici n'a pas obligatoirement une signification plus fâcheuse que la densité plus forte décelée ailleurs.

4° La valeur de la densité urinaire semble régie par de multiples facteurs. Ses rapports avec l'urée urinaire paraissent assez complexes. Chez deux malades à densités égales et fixées, les taux d'urée urinaire sont le plus souvent disparates. Chez le même malade, l'urée urinaire peut varier dans des proportions considérables sans que varie la densité. Le cas le plus typique qu'il m'ait été donné d'observer est celui d'une femme dont la densité urinaire resta fixée à 1007, tandis que l'urée urinaire variait de 6 *g.* 72 à 0 *g.* 08 puis à 16 *g.* 80 et que les volumes urinaires étaient respectivement de 1.240 cm^3, 170 cm^3 et 5.200 cm^3.

5° Cependant, les faits n'ont pas toujours cette netteté. Il est des cas où la densité augmente, même si le volume urinaire s'accroît de façon considérable. Mais cette augmentation de densité est toujours fugace, elle ne dure pas plus de quarante-huit heures ; le plus souvent même, elle n'est perceptible, par fractionnement urinaire, que sur une ou deux mictions, après lesquelles elle recouvre sa valeur antécédente. Ce symptôme m'a paru entraîner une amélioration du pronostic immédiat. J'ajoute que cette élévation est non seulement éphémère, mais de peu d'importance, 4 à 5 points au maximum.

6° Le taux de l'azotémie ne peut être déduit, même grossièrement, du niveau de la densité des urines.

7° Dans l'insuffisance rénale il ne m'a pas paru possible d'abaisser la densité par l'augmentation des ingestions aqueuses. Si elles ont un caractère excessif, la diurèse diminue, bien que la densité reste immuable.

8° Ainsi lorsqu'un rein présente un dernier rudiment de souplesse, spontanée ou thérapeutiquement provoquée, il semble qu'elle s'exerce plutôt dans le sens de la concentration que dans celui de la dilution.

III. En confrontant les notions de rythme urinaire et de souplesse rénale, on saisit certaines des raisons qui expliquent les variations des tests de l'insuffisance rénale et rendent souvent difficile leur interprétation. La mesure chez un même sujet sain, à quelques heures d'intervalle, du coefficient de Van Slyke, ou du taux de phénolsulfonphtaléine éliminée en soixante-dix minutes, montre, jusqu'à la plus claire évidence que ces oscillations ont des limites parfois très étendues. Mis hors de considération l'état de fatigue, de sudation, de jeûne du sujet, la méconnaissance de la phase du rythme urinaire particulière à l'instant où on expérimente et le peu de souci qu'on a d'étudier, préalablement à toute autre recherche l'état de souplesse urinaire, sont deux des causes pour lesquelles les épreuves de perméabilité rénale n'ont pas, dans de très nombreux cas, la fixité qu'on serait tenté de leur prêter. En tenant pour physiologiquement normales les valeurs théoriques moyennes qu'on leur attribue, on peut dire que chez de nombreux sujets elles vont du juxta-pathologique au super-physiologique. Chez le malade, au contraire, la perte de souplesse rénale entraîne leur invariabilité progressivement croissante.

La souplesse, ou possibilité d'accommodation, apparaît donc comme la propriété capitale de la fonction urinaire. Son étude préliminaire doit donc être effectuée si l'on veut connaître, dans un cas donné, la valeur exacte de la dépuration urinaire. Il est facile de le montrer en prenant pour exemple le plus répandu des procédés d'exploration de la fonction rénale : le dosage de l'urée sanguine. L'application stricte du schéma de Widal conduit parfois à des résultats imprévus. Souvent on porte un pronostic réservé devant une azotémie trop élevée, alors que l'évolution montrera qu'elle n'avait aucun caractère fâcheux ; plus rarement, on ne sera pas assez pessimiste. En fait M. Widal s'est élevé contre l'interprétation abusive de l'épreuve par lui codifiée et contre les conclusions trop hâtives qu'on en pourrait tirer. Mais la simplicité du dosage de l'azotémie a contribué à l'extension rapide de ce procédé d'étude et par là, à la simplification exagérée de son interprétation. On connaît bien cependant la nécessité de répéter les dosages et l'existence de rémissions passagères et trompeuses de l'azotémie de néphrites chroniques authentiques. On a par contre à peu près complètement perdu de vue la notion d'indice de rétention uréique sur laquelle M. Widal a cependant insisté. On peut y ajouter la tolérance de certains sujets pour des azotémies élevées, peut-être sans acidose;

les ascensions passagères et trompeuses de l'urée sanguine chez l'homme sain, dues parfois à des raisons extra-rénales et parfois à des causes obscures; enfin l'évolution rapide de certaines azotémies entraînant la mort, bien que situées nettement au-dessous de 1 pour 1.000. Ainsi, des faits théoriquement comparables n'ont pas la même valeur dans un grand nombre de cas.

Le fractionnement préalable de la diurèse, combiné aux épreuves de dilution et de concentration permet d'apporter, semble-t-il, un certain nombre de précisions valables pour la plupart des cas de néphrites chroniques. Si le rein a perdu sa souplesse le schéma de Widal peut être rigoureusement appliqué. Il en va un peu différemment dans le cas contraire : il est alors prudent de réserver son opinion, jusqu'à ce qu'on ait pu lui donner des fondements solides et indiscutables.

Ainsi apparaît une des raisons pour lesquelles le taux de l'azotémie n'a pas une valeur absolue. Chez la plupart des malades, même en dehors des cas aigus, même pour des quantités pondérales d'urée sanguine égales, la notion de souplesse rénale permet un classement des cas si variés, offerts à l'observation par la clinique : son évaluation paraît être un des facteurs principaux d'un bilan correct des fonctions de dépuration urinaire.

MOUVEMENT MÉDICAL

SIGNIFICATION DES RÉACTIONS CUTANÉES A LA TUBERCULINE

Positive, la réaction cutanée à la tuberculine est le signe d'un organisme infecté par le bacille de la tuberculose. Une fois constatée chez un sujet cette réaction ne cesse pas de pouvoir y être retrouvée. Négative, la réaction tuberculinique est le signe d'un organisme dans lequel le bacille de la tuberculose ne s'est jamais installé, d'un organisme terrain vierge à cet égard.

Telles étaient les affirmations naguère unanimement acceptées quant à la signification des résultats auxquels peut aboutir la recherche de la sensibilité tuberculinique. Aussi pensait-on que toute infection tuberculeuse était décelable par une réaction positive à la tuberculine, qu'une fois acquise l'infection tuberculeuse était définitive, et donc qu'une réaction négative ne pouvait succéder à une réaction positive.

On connaissait cependant deux genres de cas où l'organisme humain infecté par le bacille de la tuberculose ne réagit pas à la tuberculine, mais cela d'une façon *transitoire*. D'abord, régulièrement, si la recherche de la réaction a lieu durant la période de six semaines à trois mois en moyenne qui suit la contamination, c'est-à-dire durant un délai nécessaire à la réalisation de l'état d'allergie tuberculeuse dont dépend la réaction positive. En outre, assez souvent, si la recherche de la réaction coïncide avec certains états pathologiques ou même physiologiques : rougeole, coqueluche, pneumoconioses, grippe, formes aiguës de la tuberculose (méningée, miliaire), phase cachectique de cette maladie, divers troubles endocriniens, la fin de la grossesse, l'exposition de la peau aux rayons ultraviolets ou aux rayons X. Il se produit alors, peut-être par une sorte d'inhibition, une incapacité réactionnelle passagère, de quelques jours à quelques semaines, chez des sujets pourtant tuberculisés ou même notoirement tuberculeux.

Mais depuis une dizaine d'années l'attention a été appelée sur d'autres genres de cas dont la prise en considération oblige à beaucoup de réserves sur l'exactitude des affirmations rappelées au début de cet exposé, à l'exception de celle qui concerne la signification immédiate de la réaction positive. Bien établie, cette réaction doit toujours être regardée comme le signe indubitable de l'infection de l'organisme humain par le bacille de la tuberculose. Mais d'une part il n'y a pas apparition de la réaction positive dans tous les cas de présence prolongée du bacille au sein de l'organisme, ou du moins cette réaction ne remplace parfois que très tardivement la réaction négative. D'autre part, la réaction positive peut durablement disparaître plus ou moins longtemps après avoir été observée : une réaction négative lui succède qui dès lors n'est pas le signe d'un organisme n'ayant jamais été infecté par le bacille tuberculeux.

A une époque où la loi vient d'instituer pour la jeunesse des écoles un contrôle médical dont la recherche des réactions tuberculiniques sera sans doute un des moyens, il est indispensable de connaître les faits démonstratifs des possibilités sus-indiquées et d'avoir une notion de la fréquence de leur réalisation. C'est pourquoi nous avons réuni ici la documentation que l'on possède à ce sujet et qui est de nature à inspirer quelque prudence dans l'interprétation de bon nombre de réactions négatives.

Une remarque préliminaire s'impose d'ailleurs : à savoir que le caractère positif ou négatif des réactions cutanées à la tuberculine dépend en partie du mode d'emploi de la tuberculine, de sa dose surtout, et de l'appréciation correcte des résultats de son action. Bien des réactions sont négatives pour avoir été cherchées par la *cutiréaction* (nous écrirons désormais C. R.) ou par l'*intradermoréaction* (nous écrirons désormais I. D. R.) à la dose de 1/100 de milligramme laquelle correspond à peu près à la quantité agissant dans la C. R. La plupart des auteurs étrangers estiment aujourd'hui qu'il convient d'employer le plus souvent possible l'I. D. R. avec la dose de 1 *mg.;* elle permet ordinairement de trouver une réaction positive chez 10 à 20 pour 100 des sujets à réaction négative avec la C. R.; et l'I. D. R. avec la dose de 1 *cg.* donne des résultats encore supérieurs. Aussi nous abstiendrons-nous de faire état des statistiques basées sur l'emploi de la seule C. R., même répétée. Sur 88 sujets trouvés négatifs à 2 C. R. successives, Troisier a décelé 15 positifs avec l'I. D. R. à 1 *cg.* De plus les résultats positifs de l'inoculation de tuberculine ne se manifestant parfois qu'au bout de trois ou quatre jours (voire au bout de six à huit jours d'après Meersmann, Fourestier, B. Lange), il convient de ne procéder à leur enregistrement qu'après des délais suffisants. Enfin dans cet examen on devra surtout tenir compte des dimensions de la papule d'infiltration; son diamètre doit atteindre au moins 5 *mm.*, avec la C. R. et 1 *cm.* avec l'I. D. R. pour que la réaction soit valablement considérée comme positive. Il est nécessaire de respecter l'ensemble de ces conditions pour assurer la qualité des réactions avant de leur attribuer une signification.

Paretzky recherchant par l'I. D. R. la sensibilité tuberculinique chez 334 sujets atteints de tuberculose *active* enregistre 12 réactions négatives en employant 0,1 *mg.* de tuberculine chez 3 tuberculeux offrant des foyers pulmonaires évolutifs (avec crachats bacillifères dans 2 cas). Sorrel a fait connaître que parmi plusieurs milliers de cas de tuberculose ostéo-articulaire, il en avait rencontré quelques-uns qui ne réagissaient pas à l'I. D. R. Mussacchio sur 1.000 malades atteints de tuberculose active en a trouvé 3 avec des formes moyennes chez qui la réaction était négative avec 1 *cg.* de tuberculine. Hedvall a publié récemment 4 observations de tuberculose pulmonaire avec lésions bilatérales (et crachats bacillifères dans 3 cas), assez bon état général, et cependant des réactions négatives même avec 1 *cg.* de tuberculine.

Dans tous ces cas de tuberculose active et durant une période très prolongée la réaction positive n'est pas apparue. Est-elle restée définitivement absente ? On ne saurait l'assurer, car son apparition peut être seulement tardive, c'est-à-dire n'avoir lieu que six mois à un an après la manifestation de signes cliniques, radiologiques ou bactériologiques d'une tuberculose. Bezançon, Génévrier et Maclouf ont récemment attiré l'attention sur ce genre de faits observés, en particulier chez des malades atteints d'érythème noueux ou même de lésions tuberculeuses actives du poumon.

Ceci suggère l'idée que bien plus fréquemment qu'en cas de tuberculose active on peut sans doute avoir affaire à des réactions négatives en cas de tuberculose *occulte,* les lésions d'infection restant très minimes, non appréciables macroscopiquement, malgré la présence de bacilles vivants dans certains tissus, suivant un état de choses quelquefois signalé par divers auteurs. L'expérimentation a du reste depuis longtemps montré à Calmette et Guérin que des veaux inoculés avec des doses bacillaires relativement faibles ne réagissaient pas à la tuberculine au bout de six mois et plus ; ils n'offraient à l'autopsie aucune lésion macroscopique, et pourtant leurs ganglions contenaient des bacilles vivants. On ne doit pas oublier au surplus qu'à la suite de vaccination par le BCG (même par inoculation sous-cutanée ou par scarification) on n'obtient pas toujours de réaction positive à la tuberculine. Mentionnons enfin d'après Troisier que Kourilsky aurait trouvé des bacilles de la tuberculose vivants dans les ganglions de certains vieillards non réagissants à la tuberculine.

Selon Bezançon et Braun on se trouverait en présence de faits semblables lorsqu'on constate pendant des années des réactions négatives chez des enfants de tuberculeux, malgré leur longue exposition à la contagion au foyer familial. Peut-être quelques-uns de ces enfants ont-ils échappé à cette contagion ; mais de l'avis de Bezançon et Braun la plupart seraient effectivement contaminés et hébergeraient le bacille tuberculeux sans offrir pourtant de réaction positive ; celle-ci apparaîtrait seulement de façon très tardive sous l'influence d'une cause non spécifique venant à modifier l'état organique des individus, par exemple à la suite d'un grand changement dans leurs conditions de vie. Il n'y a encore là qu'une hypothèse : du moins paraît-elle fort vraisemblable.

En conséquence de tout ceci le virage de la réaction négative à la réaction positive ne saurait plus être considéré comme le signe certain d'une installation récente du bacille tuberculeux dans l'organisme humain.

Les faits de *disparition durable* de la sensibilité tuberculinique dans lesquels à la réaction positive succède une réaction négative sont très supérieurs en nombre à ceux de la catégorie précédente.

Citons d'abord quelques cas isolés spécialement bien observés. Celui de H. Koch concernant un enfant avec péritonite tuberculeuse et réaction positive laquelle fait place trois ans plus tard à une réaction négative (à 1 *mg.*). Celui de Nobel et Seidmann où à une réaction positive accompagnant une image radiologique de complexe primaire succéda quatre ans plus tard une réaction négative (à 1 *mg.*). Celui de Paisseau, Valtis et Kayem où chez un enfant de 7 ans une réaction positive accompagnant une image radiologique d'atteinte pulmonaire devint négative (à 1 *mg.*) dix mois plus tard avec régression des signes radiologiques. Celui d'Anzen : un enfant de 12 ans avec ganglions hilaires fait un érythème noueux et donne une réaction positive, puis ne réagit plus cinq ans après à 1 *mg.* de tuberculine. Celui de Chevalley : un enfant de 13 ans, sans signes cliniques ou radiologiques, présente une assez forte réaction positive à laquelle succède cinq ans plus tard une réaction négative (à 1 *cg*).

Voici maintenant des groupes de cas avec indication de la proportion de ces cas parmi les sujets soumis à l'épreuve tuberculinique. Viethen sur 410 enfants de 1 à 15 ans ayant offert une réaction positive en a trouvé 8 (soit 2 pour 100) qui au bout de deux à quinze années présentaient une réaction négative à l'I. D. R. (à 1 *mg*). Paretzky employant jusqu'à 1 *cg.* de tuberculine a observé 80 cas semblables chez des enfants de 5 à 14 ans après un délai d'une à trois années; 59 de ces cas ont été rencontrés parmi 1.000 sujets (soit une proportion de 6 pour 100). Keller et Kampmeier ont vu 102 étudiants en médecine à réaction positive au début de leurs études fournir au cours de celles-ci 21 cas de réaction négative à 1 *mg.* (soit 20 p. 100).

Ljung sur 543 éeoliers à réaction d'abord positive en a trouvé 37 (soit 6,8 p. 100) qui dans un délai d'une à huit années ont offert une réaction négative à 1 *mg*. Enfin Dahlstrom recueillant la statistique la plus importante établie à l'Institut Henri Phipps de Philadelphie fait connaître que sur 2.490 sujets à réaetion antérieurement positive, 276 (soit 11 pour 100), pour la plupart enfants ou adolescents, et sans images radiologiques anormales, ont présenté pendant plus ou moins longtemps, au cours d'une période d'observation de cinq à quinze années, une réaetion négative à l'I. D. R. avec 1 *mg*.

Il est des sujets à réaction négative qui paraissent être porteurs de *calcifications* pulmonaires. Tissot a signalé 3 eas de cette sorte, Coulaud et Lemanissier 5, Opie et Mac Phedran 46, Crimm et Short 191. Nelson, Mitchell et Brown en ont noté 27 sur 160 porteurs de ealeifieations (soit 16,9 pour 100) et Dahlstrom 35 sur 577 (soit 6 pour 100). Les calcifications pulmonaires passant très généralement pour des séquelles de tuberculose devant toujours contenir des bacilles, il faut se demander quelle est la signification de réactions négatives enregistrées chez les porteurs de telles lésions. A vrai dire certaines ombres radiologiques sont parfois trop aisément considérées eomme représentant des calcifications ; et en outre toutes les calcifieations pulmonaires n'ont pas la tuberculose pour origine. Mais ces réserves faites, il faut admettre la stérilisation à un moment donné d'une notable proportion des ealcifications tuberculeuses. En effet, plusieurs auteurs étrangers, et chez nous Ameuille, Saenz et Canetti d'abord, A. Dufourt, Brun et Viallier ensuite, se sont assurés direetement que ehez des sujets ayant atteint ou dépassé la cinquantaine la majorité des calcifieations ne renferme pas de bacilles vivants. La disparition de ceux-ci entraîne sans doute la cessation de la sensibilité tuberculinique ; et e'est ainsi que des porteurs de calcifications d'origine tubereuleuse offrent pourtant une réaction tubereulinique négative.

Si même une telle coneomitance n'est pas plus souvent observée, c'est d'après Ameuille et ses collaborateurs que dans les conditions ordinaires de la vie des surinfections ou des réinfections exogènes entretiennent ou rallument la sensibilité tubereulinique. De fait, il a été signalé bien des eas où la réaction positive après avoir disparu assez longtemps a réapparu (Aronson, Paretzky, Dahlstrom). Et Dahlstrom a constaté que dans les milieux où les chances de nouvelles eontaminations étaient fortes les négativations de réactions positives étaient beaucoup moins fréquentes que là où ces ehanees étaient faibles. On s'expliquerait ainsi en partie l'accroissement général avec l'âge de la proportion des sujets qui réagissent positivement à la tubereuline. Si cet aceroissement cesse après la einquantaine, si même chez les vieillards un fléehissement de la proportion des réaetions positives a été eonstaté par quelques auteurs, e'est peut-être par l'effet d'une eertaine raréfaetion des relations interhumaines aux âges avancés. Toutefois, il faut le reconnaître, les diverses statistiques relatives aux réaetions tuberculiniques jusqu'ici recueillies ehez les vieillards ne sont pas eoneordantes, même si l'on tient compte exelusivement de celles qui sont basées sur l'I. D. R.

Conclusions. — La réaetion positive à la tuberculine signifie toujours que l'organisme humain renferme des bacilles tuberculeux ; mais la réaetion négative n'a pas toujours la signification contraire.

La réaction négative peut être observée :

soit transitoirement pendant la période anté-allergique normale ou l'existence de quelques états pathologiques ou physiologiques ;

soit durablement dans de rares cas de tubereulose active et dans des eas sans doute plus nombreux de tubereulose latente.

Enfin une réaction négative succède pendant plus ou moins longtemps chez bien des individus à la réaction positive, disparue à la suite de la stérilisation de l'infection tubereuleuse.

E. Arnould.

BIBLIOGRAPHIE

Ameuille et Canetti : L'extinction des réactions tuberculiniques. *Bull. Médical*, 1939, n° 50. — Anzen : A few words about socalled positive anergy. *Acta pediatrica*, 1939, n° 26. — Bezançon, Braun, etc. : La signification des réactions nulles à la tuberculine. *Bull. Acad. de Méd.*, 20 Juillet 1937. — Bezançon, Gênévrier et Maclouf : Virages retardés des réactions tuberculiniques. *La Presse Médicale*, 1943, n° 33. — Canetti : Les réinfections tuberculeuses latentes du poumon. *Thèse*, Paris, 1939. — Coulaud et Lemanissier : Réactions tuberculiniques négatives chez des sujets infectés par le bacille tuberculeux. *Revue de la Tub.*, 1939, **5**. — Canetti et Lacaze : Données nouvelles sur l'évolution et la signification de l'allergie tuberculinique. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1940. — Crimm et Short : Tuberculin anergy in cases with pulmonary calcifications. *Amer. Rev. Tuberculosis*, 1939, **39**.— Dahlstrom : The instability of the tuberculin reaction. *Amer. Rev. Tub.*, 1940, **42**. — Dufourt, Brun et Viallier : La stérilisation des foyers tuberculeux abortifs. *Société d'Etudes scientif. sur la tub.*, Lyon, 1942. — Hedvall : What does signify a negative tuberculin reaction. *Acta tub. scandinavica*, 1942. — Ljung : Ueber das Verschwinden der positiven Tuberkulinreaktion. *Beiträge z. k. des Tub.*, 1941-1942, **97**. — Maclouf : Variations des réactions cutanées à la tuberculine. *Thèse*, Paris, 1941. — Martinon : Les réactions cutanées à la tuberculine. *Thèse*, Lyon, 1939. — Paisseau, Valtis et Kayem : Sur certaines anomalies des réactions tuberculiniques. *La Presse Médicale*, 1938. — Paretzky : The disappearance of specific skin hypersensitiveness in tuberculosis. *Amer. Rev. Tub.*, 1936, **33** et 1937. — Raymond : La cutiréaction à la tuberculine chez les individus en contact. *Thèse*, Paris, 1937. — Ristelhueber : Recherches sur l'évolution à longue échéance de la sensibilité tuberculinique. *Thèse*, Paris, 1941. — Viethen : Beobachtung ueber das Verhalten der Tuberkulinempfindlichkeit bei Tuberkulösen Kindern. *Beiträge z. k. d. Tub.*, 1934, **85**.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 Février 1944.

Rapport sur la déclaration des causes des décès et les autopsies. — M. **Balthazard**, rapporteur, expose que le ministre de la Santé a demandé à l'Académie son avis sur deux vœux adoptés par la Société de Médecine légale; le rapporteur propose à l'Académie de demander une application stricte de la circulaire de 1886 créant un service de vérification médicale des décès dans toutes les communes, service qui n'est pas encore organisé dans des villes comme Lyon et Marseille. Il est regrettable qu'un délai de 24 heures après la mort soit obligatoire pour les autopsies et que les familles puissent leur faire opposition ; mais un débat public aggraverait peut-être le mal en faisant connaitre aux familles ce droit d'opposition.

— Ce rapport est renvoyé à une Commission.

La protidémie dans les leucémies et les cancers. — M. M. **Loeper** montre que les leucémies et les cancers peuvent comme les myélomes, mais moins fréquemment, s'accompagner d'hyperprotidémie et d'hyperglobulinémie. L'hyperprotidémie, assez paradoxale, si l'on considère l'état général du sujet, tient à la destruction des éléments de la tumeur ou des cellules leucémiques et au passage dans le sang de leurs constituants. Ce processus peut être masqué ou remplacé par un processus inverse lors du développement rapide de la tumeur ou de la reprise accélérée de l'activité leucémique; le premier processus est un processus de destruction que la radiothérapie accroît, le second un processus de consommation. Ces variations de la protidémie peuvent constituer dans certains cas un élément sinon de pronostic, du moins d'appréciation évolutive.

La section totale de la moelle dorsale. — M. J. **Lhermitte** estime que le syndrome de la section complète de la moelle subit une incessante évolution; à la phase de coma médullaire, les réflexes superficiels et profonds sont abolis; ils reparaissent et s'exaltent, en même temps que se développe l'automatisme spinal; attesté par le retour du jeu des réservoirs rectal et vésical, ainsi que par la libération des réflexes de défense et des mouvements automatiques des membres paralysés; ces manifestations s'affaiblissent lorsque la mort est proche. Ces changements si frappants témoignent du retour d'une activité autonome qui, à l'état normal, est contrôlée et freinée par les centres supérieurs ; la seule différence entre l'homme spinal et le chien et le singe spinaux, c'est que la restauration de l'automatisme spinal est plus précoce chez les derniers. Le retour des réflexes superficiels et profonds ou la libération des réflexes dits de défense ne sont en aucune façon la preuve d'une section incomplète de la moelle.

Les liaisons pleurobronchiques. — MM. **Policard, Galy** et **Muller** montrent que ces liaisons s'effectuent suivant deux modes ; dans le premier, l'assise pleurale est reliée à la gaine des bronches par les cloisons conjonctives péri- et interlobulaires et il existe une large communication entre les réseaux lymphatiques. Dans le deuxième mode, des plans fibro-élastiques assez denses forment aux divers lobules des enveloppes serrées constituant une barrière efficace pour les migrations cellulaires; il n'y a pas de communication directe conjonctive ou lymphatique mais les « racines » veineuses anastomosent les réseaux veineux.

Election d'un membre titulaire dans la première section (médecine). — M. **Ameuille** est élu par 55 voix contre 2 à M. Sézary, 1 à MM. Chabrol, Duvoir, Pruvost, Louis Ramond et Touraine.

29 Février.

Rapport sur la diminution de la ration de lait des enfants. — M. **Lesné**, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, propose à l'Académie d'émettre un vœu d'après lequel, après avoir souligné l'insuffisance des denrées allouées en remplacement de la quantité supprimée de lait, elle insiste sur la *nécessité urgente* d'augmenter et de varier les suppléments de remplacement (pâtes, farines, légumes secs, sucre, etc.) ou de revenir au régime antérieur.

— Ces conclusions sont adoptées, après une intervention de M. **Balthazard**, soulignant que, contrairement à certaines affirmations, le Corps médical n'a pas approuvé la restriction de la ration de lait.

Douze cas d'intoxication par des huiles industrielles ayant servi à l'alimentation et contenant du triorthocrésylphosphate. — MM. **Guillain** et **Mollaret** attirent l'attention, en dehors des paralysies périphériques, sur certaines particularités de cette intoxication : intervalle libre variant de 8 à 30 jours, existence de crampes et de sensations de refroidissement à la phase précoce, absence de troubles des sensibilités superficielles et profondes, possibilité de troubles sphinctériens, fréquence (9 cas sur 12) d'une éosinophilie pouvant atteindre 14 pour 100. Ils insistent sur le pronostic grave, la longue durée des accidents, la possibilité de phénomènes pyramidaux tardifs qui se surajoutant aux troubles polynévritiques donnent un tableau de sclérose latérale. Les auteurs demandent à l'Académie d'émettre un vœu d'après lequel la direction des usines utilisant des huiles au triorthocrésylphosphate devrait avertir le personnel de leur toxicité.

— Ces conclusions sont adoptées.

Essais de vaccination antituberculeuse du nouveau-né, des enfants et des adultes anergiques par le BCG administré en suspensions concentrées par scarifications cutanées. — MM. **Nègre** et **Bretey** insistent sur l'intérêt qu'il y a à employer une suspension de BCG plus concentrée que la suspension utilisée jusqu'à présent ; cette suspension, dosée à 75-100 mg. de germes par centimètre cube, provoque régulièrement, dans les mêmes délais, des réactions cutanées locales qui, bien que légèrement plus prononcées, évoluent de la même façon et présentent la même innocuité que celles des solutions moins concentrées. Chez le grand enfant et chez l'adulte, la nouvelle solution avec 6 scarifications de 1 *cm*. permet d'obtenir l'allergie plus précocement et plus régulièrement que la solution actuelle; chez le nourrisson, elle permettra éventuellement de réduire à 3 le nombre des scarifications.

Crises comateuses et hypoglycémie chez un traumatisé cérébral. — MM. **Chabrol, Cachin** et **Blanchon** rapportent l'observation d'un homme de 52 ans qui présente depuis un traumatisme cranien avec hémiplégie transitoire, survenu en 1914, des crises d'agitation psycho-motrice pouvant aboutir au coma ; elles ne se produisent que le matin à jeun sous l'effet d'un déséquilibre glycémique et disparaissent rapidement après injection intraveineuse de sérum glucosé. Ce fait est la contre-partie du diabète traumatique; il laisse entrevoir une atteinte du diencéphale; les auteurs rappellent les cas de tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire qui se sont accompagnées d'hypoglycémie.

Contribution à l'étude des champignons destructeurs de la châtaigne. — MM. **A.** et **R. Sartory**.

7 Mars.

La petite azotémie hépatique. — M. **Noël Fiessinger** isole des azotémies hépatiques par hyperuréogénie un groupe spécial d'azotémies faibles, 0 g. 60-0 g. 70 par le dosage à l'hypobromite, que le dosage au xanthydrol diminue d'une quantité supérieure à 0 g. 25-0 g. 30. Cette petite azotémie s'observe chez de petits hépatiques anxieux qui s'alimentent normalement ; elle disparaît si la décompensation fonctionnelle s'accuse, sous l'effet probable de la réduction alimentaire ; c'est un syndrome chimique de seuil d'un trouble fonctionnel hépatique, qui régresse facilement lorsqu'on règle l'alimentation ; la diète protéique n'est pas nécessaire. Ces faits ne peuvent rentrer dans le groupe des azotémies uréiques extra-rénales, car il ne s'agit que d'une azotémie uréique apparente qui dépend de l'imperfection du dosage à l'hypobromite.

L'état de nutrition des Parisiens de 20 ans. — M. **Rouvillois** présente une note de MM. **Gounelle** et **Bachet** qui soulignent l'état défectueux de la nutrition des jeunes Parisiens appelés à subir la visite d'aptitude au service du travail; les comparaisons avec les tables d'aptitude française, italienne ou allemande concordent pour démontrer qu'actuellement la moitié des Parisiens de 20 ans se trouve dans un état inférieur à la moyenne d'avant-guerre ; les amaigrissements de 4 à 8 kg. sont la majorité; 1/4 seulement de ces sujets n'ont pas présenté d'amaigrissement notable. Malgré l'absence de signes organiques, il faut tenir compte de cet état et se rappeler que nombre de ces malingres à résistance physique amoindrie n'auraient pas été reconnus aptes à servir avant guerre dans l'armée.

Le contrôle sanitaire des coquillages. — M. **Lambert** rappelle que le décret du 20 Août 1939, en renforçant le contrôle sanitaire des huitres, a étendu le contrôle à tous les coquillages, aux oursins et aux violets; ce décret marque un réel progrès dans la salubrité des coquillages; le service du contrôle sanitaire a été mis à même de remplir sa tâche et le contrôle porte sur la production, la pêche, le transport et les manipulations à l'intérieur du pays.

L'association du choc et des sels d'or en thérapeutique articulaire. — MM. **Rimbaud** et **Serre** montrent que la thérapeutique associée est indiquée dans les arthrites subaiguës ou chroniques en période évolutive, particulièrement dans les formes polyarticulaires; la cure associe le dmelcos (6 à 8 injections intraveineuses à doses progressives) et le thiosulfate double d'or et de sodium (1 injection intraveineuse de 0 g. 05 à 0 g. 15 tous les 5 jours jusqu'à un total de 2 g.). Cette méthode n'a donné lieu à aucun incident et les résultats sont supérieurs à ceux de chaque médication isolée.

Influence de la sous-alimentation carnée sur le taux globulaire. — M. **A. Lumière** a constaté sur la clientèle d'une consultation réservée aux états de sensibilisation et d'instabilité humorale un fléchissement important du taux globulaire ; avant la guerre et en 1940 le nombre des sujets ayant moins de 4.400.000 hématies par millimètre cube était de 10 pour 100; il est actuellement de 32 pour 100; le nombre des sujets ayant au moins 5.000.000 d'hématies, qui était de 37 pour 100 en 1939, n'était plus que de 3,8 pour 100 à la fin de 1943. Il ne semble pas que la faible quantité des aliments soit le facteur essentiel de cette hypoglobulie, mais plutôt la carence en nourriture carnée.

Traitement ambulatoire des fractures du calcanéum. — MM. **Solcard** et **Badelon** ont obtenu dans les fractures de gravité moyenne 60 pour 100 de bons résultats par la méthode ambulatoire (botte plâtrée avec étrier) au lieu de 30 pour 100 par les méthodes classiques, avec une durée d'hospitalisation réduite en moyenne de 20 jours et une reprise de service hâtée d'un mois. Les auteurs conseillent cette technique dans toutes les fractures sans déplacement extra-articulaires ou non, dans les fractures thalamiques avec enfoncement horizontal de moyenne importance et dans les fractures graves lorsque les circonstances s'opposent à la reposition sanglante.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

23 Février 1944.

A propos de procès-verbal :

— M. J. Gosset a remarqué que les vomissements n'apparaissent que dans les rachianesthésies pour intervention abdominale. Il propose l'infiltration du splanchnique pour lutter contre eux.

— M. Richard relate un succès dû à l'anesthésie sinu-carotidienne.

— M. Desmarest rappelle que la testostérone n'agit que sur les états congestifs de la glande mammaire. Dès qu'il existe des noyaux permanents, son effet disparaît. Lorsque chez une femme jeune on craint un néoplasme mammaire, un traitement hormonal d'essai d'un mois est sans inconvénient et peut inciter la malade à une intervention radicale.

Algies diffusantes post-traumatiques. — M. Sicard communique 2 observations de M. Lebel (Nantes).

Fracture de la cavité glénoïde et du bord axillaire de l'omoplate. Traitement orthopédique. Récupération fonctionnelle rapide et complète. M. Lance rapporte cette observation rare et heureuse de M. Siméon.

Hernie transmésocolique supragastrique étranglée. — MM. J. Quénu et Pérol.

A propos de 3 cas de protrusion acétabulaire. — M. Alain Mouchet a obtenu un succès par la section du nerf obturateur.

—Dans la discussion qui suit cette communication, MM. Mathieu, Basset, Huc et Lance discutent les divers modes opératoires : section de l'obturateur, acétabuloplastie, ablation de la tête fémorale, résection arthroplastique.

1er Mars.

Un cas de schwannome gastrique. — M. Bergeret dit qu'on doit faire le diagnostic lorsque les signes cliniques et radiologiques sont en faveur de la bénignité et qu'on discerne sur les clichés et à la gastroscopie l'existence d'une ulcération de type diverticulaire intra-tumoral.

Les phlébites endogènes post-traumatiques et post-opératoires chez les bactériuriques. — M. Rouhier. A propos de 2 fractures du col du fémur compliquées tardivement, l'une de phlébite et l'autre d'embolie pulmonaire.

Griffes de la main de pathogénie exceptionnelle. — M. Leveuf apporte 4 cas, 1 de contusion simple, 3 d'interventions anodines sur l'avant-bras ayant déterminé par voie réflexe des troubles de la circulation capillaire aboutissant à une griffe typique de la main.

Phlébite en cordon de la paroi thoracique. — M. Mondor cite 4 cas nouveaux de cette curieuse localisation « en cordon induré » d'une phlébite de la paroi thoracique où les examens ont bien montré l'origine infectieuse et veineuse de l'affection.

—MM. Huet, Brocq et Moulonguet citent des cas voisins.

Ablation du ganglion aortico-rénal dans le traitement des petites hydronéphroses douloureuses. — M. René Fontaine.

Deux observations de dilatation aiguë de l'estomac. — M. Baillis. M. Sicard, rapporteur.

Forme bénigne de la lésion de Monteggia. — M. Rousset. M. Moulonguet, rapporteur.

Gastrectomie pour exclusion. — MM. Huet et Huguier.

Appareillage pour fracture du col fémoral. — M. Duhamel.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

25 Février 1944.

Dépistage de la primo-infection tuberculeuse latente dans les collectivités. — M. Abel Lafitte. Apanage des sujets bien portants, soit en réalité, soit en apparence, et dont la vie quotidienne se déroule normalement, la primo-infection tuberculeuse latente présente 3 formes d'inégale fréquence : 1° une forme purement biologique, réduite à un simple virage de la cuti-réaction : c'est la forme la plus fréquente ; 2° une forme avec un minimum de troubles généraux et sans lésion pulmonaire radiologique : forme fréquente ; 3° une forme avec à la fois de légers troubles de l'état général et des lésions pulmonaires radiologiques : forme rare.

Le dépistage de la primo-infection latente doit reposer sur 4 éléments : 1° l'étude systématique du poids mensuel ; 2° la cuti-réaction périodiquement refaite sous l'angle du poids mensuel ; 3° la valeur professionnelle ; 4° les troubles génitaux. Le poids mensuel qui à l'âge de la croissance doit être régulièrement ascendant traduit de façon très sensible le moindre fléchissement organique et affecte plusieurs types possibles. La baisse du poids mensuel, soit brutale, soit légère, mais régulière, doit être tenue pour suspecte, surtout quand cette baisse pondérale s'établit sans raison apparente. La cuti-réaction périodique gagne à être refaite sous l'angle du poids mensuel. Si ce dernier est régulièrement ascendant, la cuti-réaction sera refaite trimestriellement. Si le poids mensuel est descendant, la cuti-réaction sera refaite au bout d'un mois, en cas de chute pondérale brutal (1 kg. ou plus) et au bout de 2 mois en cas de chute pondérale légère, mais régulière (300 à 500 g. par mois par exemple). La cuti-réaction devrait être obligatoire. Un fléchissement professionnel récent (notes et places moins bonnes), une dysménorrhée ou une aménorrhée récentes sont autant d'éléments qui incitent à refaire une cuti-réaction, surtout en cas de baisse du poids mensuel.

Cette méthode de dépistage a porté sur un groupe de 34 apprentis de 14 à 18 ans, suivis pendant 2 ans. Sur 20 cuti négatives au départ, 7 primo-infections latentes ont été dépistées : 4 par la cuti-réaction trimestrielle, 2 par la baisse du poids mensuel, 1 par le fléchissement professionnel. Aucun de ces 7 primo-infectés n'avait consulté un médecin. Le pronostic a été excellent, malgré l'apparition d'une caverne dans un cas, 6 mois mois après le virage.

L'importance du dépistage systématique et précoce de la primo-infection latente est considérable : découverte possible de la source de contage ; surveillance plus fructueuse du primo-infecté ; complications bien plus rares au décours des primo-infections ainsi dépistées ; conseils utiles à donner sur le terrain pratique. Cette méthode gagnerait à être diffusée dans les écoles, les ateliers, les divers groupements de jeunesse. Du point de vue thérapeutique, la forme biologique, réduite au simple virage de la cuti-réaction, doit comporter un repos d'un mois.

— M. Troisier estime que la cuti-réaction, qui est en général facilement acceptée, devrait être obligatoire dans de nombreuses collectivités.

— M. Rist rappelle les renseignements instructifs qu'elle lui a fournis, appliquée systématiquement chez les externes des hôpitaux. L'amaigrissement, la perte rapide de poids, la fatigue sont les symptômes les plus fréquents de la primo-infection, mais ils sont banaux. L'absence de signes fonctionnels pulmonaires est habituelle ; il faut signaler cependant la douleur thoracique, parfois vive, siégeant à la hauteur de l'image radiologique anormale quand elle existe. Les troubles menstruels accompagnant le virage de la cuti-réaction sont parfois l'unique symptôme de la primo-infection. Chaque fois qu'on constatera le virage de la cuti-réaction il faudra prescrire le repos, même en l'absence de signes radiologiques.

— M. Flandin a noté parfois de l'essoufflement comme signe fonctionnel initial. La cuti-réaction est d'une nécessité absolue dans bien des collectivités, en particulier dans les écoles de sport.

Valeur pratique de l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic entre la syringomyélie et les tumeurs médullaires. — MM. H. Roger, J.-E. Paillas et H. Gastaut. Ayant retrouvé assez fréquemment, contrairement à l'opinion classique, une dissociation albumino-cytologique avec blocage partiel dans la syringomyélie, les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

Dans tout cas de diagnostic délicat, une dissociation et un blocage importants plaident en faveur de la tumeur, une dissociation faible avec perméabilité méningée à peine atténuée est en faveur de la syringomyélie. Une dissociation moyenne (0 kg. 60 à 0 g. 80) avec blocage partiel, se rencontrant dans 20 pour 100 des syringomyélies et dans 30 pour 100 des tumeurs, ne peut servir à la différenciation des deux affections.

Cirrhose bronzée apparue au même âge (29 ans) chez deux frères jumeaux. — MM. Lafferre, Mavic, Nun et Aubry. Il s'agit de 2 malades, frères jumeaux, atteints au même âge de cirrhose bronzée, avec hypertrophie du cœur. Chez l'un de ces sujets apparurent des signes de défaillance cardiaque, d'allure clinique anormale, avec grosse dilatation du cœur constatée radiologiquement. L'intérêt de ces observations réside dans les considérations qu'elles suggèrent sur le plan pathogénique et génétique. Ces jumeaux, dont les caractères généraux semblent être ceux de jumeaux univitellins, sont nés à 3 jours d'intervalle.

Il sera intéressant de vérifier ou non le parallélisme de l'évolution de l'affection commune à ces 2 malades.

Sur les complications viscérales du zona. — MM. J. Lhermitte et Baslez. Chez un homme de 40 ans apparut, à la suite d'un zona localisé à D VIII à droite, un hoquet incoercible, lequel fut suivi de vomissements, d'hématémèses et de mélæna ; enfin survint un spasme de la glotte par crises fréquentes et angoissantes. On constatait des modifications des réflexes abdominaux, une tendance à l'extension de l'orteil à droite, ainsi qu'une augmentation des réflexes patellaire et achilléen du même côté. La fièvre s'alluma et la situation devint assez sérieuse pour que le malade fût admis en clinique. Grâce à un traitement antiinfectieux à base de sulfamide, la guérison survint.

Les auteurs discutent la pathogénie de cette complication zostérienne. Rejetant l'hypothèse d'un retentissement d'une irritation du sympathique abdominal sur les fonctions gastriques, en raison des connaissances nouvelles sur l'anatomie pathologique du zona, ils montrent que dans ce fait le processus zostérien a subi une marche ascendante et que, à la myélite zostérienne, s'est jointe une myélite bulbaire, laquelle rend compte tout ensemble des vomissements, du hoquet, du spasme de la glotte et même des ulcérations digestives œsophago-gastriques, origine des hématémèses et du mélæna. Cette observation vient s'ajouter à quelques autres, très rares d'ailleurs, qui montrent de quelle manière le processus central du zona peut retentir sur les viscères profonds et donner lieu à de redoutables complications.

— M. Jausion a vu un zona lombo-abdominal se compliquer d'urétrite, un autre d'une colibacillurie et d'une hématurie.

— M. Flandin rappelle qu'on trouve presque toujours des éléments cutanés aberrants, extériorisation des lésions à distance. La radiothérapie est dangereuse dans le zona en évolution.

3 Mars.

Emphysème généralisé mortel à la suite d'un pneumothorax hémostatique. — MM. Poumailloux, Dessertenne et Novari, en raison d'hémoptysies répétées et résistant aux thérapeutiques habituelles, ont pratiqué un pneumothorax hémostatique chez un homme de 36 ans présentant une tuberculose pulmonaire à prédominance unilatérale avec une grosse caverne rétro-claviculaire.

Insufflation sans incident. 5 heures plus tard apparition d'un emphysème sous-cutané qui s'étend rapidement à tout le corps. Dyspnée, cyanose et mort en 48 heures, malgré une tentative de débridement sus-sternal. Emphysème médiastinal à l'autopsie avec aspect turgescent et congestif des poumons. Le trajet de ponction ne paraît pas perméable.

Le mécanisme de l'extension de l'épanchement gazeux et celui de la mort sont discutés. Le passage de l'air par le trajet de ponction ne peut être retenu. L'obstruction bronchique n'a pu être que tardive. Les facteurs qui aboutissent à la mort sont vraisemblablement multiples : il faut compter à la fois avec des phénomènes de compression, de déséquilibre vaso-moteur et une insuffisance ventriculaire droite suraiguë.

Le rendement du contrôle phtisiologique des externes et internes des hôpitaux de Paris. — M. E. Rist, chargé de ce contrôle depuis 1937, expose le bilan au 31 Décembre 1943 des 49 externes devenus tuberculeux parmi les 1.047 constituant les trois promotions de 1937, 1938 et 1939. 3 décès représentent une mortalité de 6,12 pour 100 en 5 ans. 5 externes sont tombés malades trop récemment (moins d'un an) pour qu'on puisse juger des résultats de la thérapeutique instituée de bonne heure (repos sanatorial et, éventuellement, pneumothorax précoce). Si on les défalque du total ainsi réduit à 44, on voit que 40 externes devenus malades, dont 15 porteurs de lésions excavées, ont guéri et repris leur travail hospitalier, soit comme externes, soit comme internes, soit comme médecins de sanatorium, ou encore comme médecins praticiens. La récupération est donc de 90,9 pour 100.

— M. Cathala demande des précisions sur la reprise de leur service par les externes tombés malades.

— M. Rist dit qu'ils ne l'ont repris qu'après que leur expectoration a cessé d'être bacillifère (contrôle par tubage et inoculation) ; ils n'ont pas été replacés dans un service de tuberculeux. On peut les autoriser à s'occuper d'un service d'enfants.

La pyrétothérapie dans le rhumatisme articulaire aigu. — MM. C. Lian, J. Facquet et M. Berger. Dans les formes subaiguës, traînantes du rhumatisme articulaire aigu, résistant au traitement salicylé, la pyrétothérapie, en l'occurrence par le vaccin antichancrelleux, à dose progressive, peut amener la guérison rapide de la maladie.

Les auteurs en rapportent brièvement 5 exemples et rappellent les cas identiques antérieurement publiés.

Il est nécessaire de faire plusieurs chocs thermiques, en général de 6 à 8, à intervalles de 2 à 3 jours. L'atteinte cardiaque ne constitue pas une contre-indication, à condition toutefois qu'il n'y ait pas de signes d'insuffisance cardiaque à proprement parler. Ces essais encourageants méritent d'être poursuivis sur une plus large échelle.

— M. Fiessinger rappelle que la pyrétothérapie du rhumatisme articulaire aigu est de date déjà ancienne. A. Robin utilisait à cet effet les injections intraveineuses d'argent colloïdal électrique ; mais le salicylate à doses convenables et judicieusement réparties donne en général des résultats satisfaisants.

— M. Lenègre signale l'emploi du vaccin streptococcique, par Laubry, chez les rhumatisants comme agent pyrétothérapique. Il a vu 2 crises graves de rhumatisme articulaire aigu déclenchées par une série d'injections de propidon ; aussi des recherches de contrôle sont-elles indispensables avant de généraliser cette méthode.

— M. Grenet a employé l'or colloïdal intraveineux comme médication de choc, mais les résultats ont été très irréguliers et il y a renoncé. Sa préférence va au salicylate de soude. Dans des cas rebelles, il a recours à l'autohémothérapie lorsqu'il est indiqué de provoquer un choc.

— M. Coste a vu des poussées évolutives survenir au cours de la pyrétothérapie. Elle donne parfois pourtant de beaux résultats dans les rhumatismes salicylo-résistants.

— M. Cathala a eu parfois l'impression que le choc thérapeutique a provoqué une reprise évolutive. Dans la chorée les résultats sont quelquefois très beaux, mais souvent ils sont transitoires.

— M. Fiessinger s'est bien trouvé parfois des injections intramusculaires de lait dans les rhumatismes articulaires aigus résistant au salicylate.

— M. René Bénard met en garde contre les accidents que peuvent provoquer des chocs trop intenses chez les rhumatisants. C'est une médication à réserver à des cas bien étudiés et relativement rares.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

26 Février 1944.

Essais d'immunisation contre un épithélioma de l'utérus du rat par injection de filtrat tumoral. — MM. G. Roussy, M. et P. Guérin ont essayé d'immuniser les rats contre cette tumeur maligne. Ils concluent de leurs résultats, négatifs au point de vue pratique, que leur tumeur appartient au groupe des tumeurs non immunisantes.

Action des excitants des extrémités nerveuses parasympathiques (pilocarpine, ésérine, dérivés de la choline) sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer montrent que le chlorhydrate de pilocarpine n'a d'action ni empêchante ni favorisante sur le choc anaphylactique du lapin et que le sulfate d'ésérine n'a pas d'action empêchante. Les expériences avec le chlorure d'acétylcholine ne permettent pas encore de conclure.

Electro-choc et régulation de la tension artérielle. — MM. Jean Delay, J.-L. Parrot et P. Luquet ont étudié les variations tensionnelles du post-électro-choc. Une hypertension artérielle transitoire s'observe immédiatement après la fin de la crise clonique ou après un temps de latence prolongé. L'hypotension artérielle succède à l'hypertension.

Propriétés antihistaminiques de la méthoxybenzyl diméthylamino éthylaminopyridine. — MM. D. Bovet, R. Horclois et F. Walthert.

Action de l'insuline sur la consommation de différents glucides chez la souris. — M. A. Soulairac.

Surcharge en vitamine C chez le chien néphrectomisé. — MM. H. Chalopin et A. Ratsimamanga.

Action protectrice exercée dans la tuberculose expérimentale du cobaye, vis-à-vis de l'amaigrissement, par l'administration de ferments dégradateurs de peptones bacillaires. — M. F. Maignon.

La novocaïne antagoniste de la lobéline. — M. René Hazard et Mlle E. Corteggiani.

Suppression ou inversion par la para-aminobenzène-sulfamide (1162 F) des effets de la novocaïne sur l'intestin isolé de rat. — MM. René Hazard et Charles Vaille.

A. Escalier.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

9 Novembre 1943.

Méga-organes (œsophage, trachée, côlon). Syndromes de Mikulicz et d'Ehlers-Danlos chez une hérédo-syphilitique. — M. P. Mounier-Kuhn. C'est le premier cas publié de cette association et, à son propos, l'auteur soulève l'hypothèse d'un gigantisme viscéral, d'origine hypophysaire, comme le prouve la constatation radiologique d'une selle turcique élargie dont toutes les parois sont amincies.

Essai de traitement par infiltration splanchnique de quelques cas d'ulcères gastro-duodénaux (premiers résultats). — M. A. Vachon. L'action antialgique des infiltrations novocaïniques du nerf splanchnique est réelle, souvent rapide et s'exerce parfois après échec d'autres traitements. Il s'agit cependant d'une méthode d'exception — sans action bien nette sur la lésion ni sur l'évolution de l'affection — à réserver à quelques cas douloureux rebelles aux traitements usuels et d'accès chirurgical difficile (ulcères sous-cardiaques).

Fréquence actuelle des ulcères géants cancériformes de la petite courbure. — M. A. Vachon. Ce type particulier d'ulcère gastrique décrit avant la guerre chez les sujets âgés ou débilités paraît actuellement nettement plus fréquent. Les modifications qualitatives et surtout quantitatives de l'alimentation et les troubles de l'état général qu'elles entraînent en sont sans doute la cause.
Elles expliquent également la résistance plus grande de cette variété d'ulcération à la thérapeutique classique.

Trachéite hémorragique par adénopathie médiastine. — MM. P. Croizat, P. Mounier-Kuhn, L. Roche et J. Feroldi.

Polypose nasale déformante. Inversion viscérale et bronchiectasies. — MM. A. Guichard, P. Mounier-Kuhn et R. Bonnaymée.

16 Novembre.

Deux cas de surcharge minérale pulmonaire extrême. Curiosités radiologiques. — MM. J. Barbier, Edme Martin et Henri Martin. La première observation relate l'histoire clinique d'une femme de 38 ans n'ayant travaillé comme trieuse de pierres que pendant 4 ans, durant la guerre 1914-1918. Le deuxième cas est celui d'un homme de 62 ans, tailleur de pavés de grès et de granit pendant 14 ans, c'était un bacillaire avec signes cavitaires bilatéraux. L'autopsie a été pratiquée dans ce dernier cas, on a trouvé à la coupe du poumon ce que la radiologie laissait prévoir, c'est-à-dire la présence de véritables cailloux inclus dans le parenchyme mais s'énucléant facilement et ayant souvent l'aspect de plombs de chasse de tous calibres. Les deux séries de clichés sont identiques, ils donnent l'impression que l'on a jeté en plein champ pulmonaire un sac de petits graviers. Considérations pathogéniques.

De l'association systématique ouabaïne-camphre par voie intraveineuse. — MM. Barbier et G. Vignon utilisent depuis plusieurs années, systématiquement, l'association en intraveineuse de 5 cm^3 de solution de camphre et de l'ampoule d'ouabaïne au 1/4 de milligramme.
Cette dilution et l'action antifibrillatoire du camphre ont fait disparaître les accidents classiques de l'ouabaïne intraveineuse et ils proposent la généralisation de la méthode.

Fréquence, chez l'enfant, des manifestations pleurales exsudatives au cours de la période primo-secondaire de l'infection tuberculeuse. — MM. M. Girard et Léon Gallavardin. Chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte, les pleurésies secondaires précoces sont très fréquentes. Les auteurs en ont noté chez 15 pour 100 des enfants atteints de primo-infection examinés pendant 6 mois. L'épisode pleural (parfois double) est survenu de 1 à 8 mois après la primo-infection et a semblé survenir surtout chez des enfants atteints de primo-infection d'allure sévère.

A propos d'une péricardite constrictive calcaire opérée. (Présentation du malade.) — MM. R. Froment, Blondet et G. Vignon.

Utilité de la dilution de l'injection lente de l'ouabaïne intraveineuse. — MM. A. Josserand et R. Vachon.

Deux nouveaux cas de péricardite au cours de la primo-infection tuberculeuse. — MM. M. Girard et Léon Gallavardin.

23 Novembre.

Premiers résultats du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par les extraits génitaux. — MM. Girard et Papillon. L'expérience des auteurs n'a porté que sur 9 malades. Dans les ulcères récents (4 cas), ils ont obtenu la cessation des douleurs dès le 10e jour et la disparition de la niche ou sa presque disparition vers le 30e jour. Dans les ulcères anciens (5 cas), l'action sur la douleur est moins évidente et moins rapide. Un échec complet fut noté. L'amélioration radiologique s'adresse à la poussée inflammatoire en cours, il ne peut y avoir disparition d'aspects en rapport avec un ulcus plus ou moins calleux.
Dans 3 cas où il s'agissait de femmes, les auteurs ont obtenu un succès franc.
Ils n'ont pas constaté de résultats évidents sur la chlorhydrie gastrique.
Après une discussion sur le mécanisme d'action des extraits génitaux, ils concluent que les extraits génitaux ne doivent pas être employés exclusivement avec suppression du régime, du repos et des médications orales;
Qu'il faut les réserver de préférence aux ulcères récents, datant de moins de 2 ans, peu importe le sexe;
Leur action sur la poussée en cours ne leur semble pas supérieure à celle des thérapeutiques usuelles (protéinothérapie, acides aminés);
Leur expérience étant trop récente, ils ne peuvent formuler d'avis sur la valeur des extraits génitaux en tant que médication de fonds de l'ulcère.

Résultats des injections de ferriscorbone dans les traitements de quelques cas de sclérose en plaques. Présentation de malades. — MM. J. Froment, Viallier, Savet et Briand.

Myxœdème acquis de l'adulte ayant rétrocédé rapidement et complètement sous l'influence des extraits thyroïdiens sans que se modifie le tracé électro-radiographique. — MM. J. Froment, Viallier, Savet et Briand.

Quelques observations de méga-œsophages traités par l'opération de Heller. — MM. Santy, P. Ravault et M. Girard.

30 Novembre.

Sur une épidémie de botulisme bénin occasionnée par un jambon. — MM. P. Sedallian et J. Perreau. Un fragment de jambon partagé entre 4 personnes provoque un botulisme bénin, banal dans ses symptômes et son évolution (diminution de la sécrétion salivaire, paralysie de l'accommodation). La mère seule ayant fait cuire le fragment qui lui était réservé ne fit point d'accident. La personne qui avait trouvé ce fragment consommait du même jambon et avait présenté quelque temps auparavant des accidents frustes de botulisme. A la suite de ces accidents, dont elle avait guéri, elle avait continué à manger du même jambon sans présenter de nouveaux troubles, comme si elle s'était immunisée spontanément.

Plaie du cœur et de l'artère interventriculaire antérieure. Guérison après suture et ligature. Suites électrocardiographiques. — MM. Barbier, Michel Latarjet et Henri Martin. Il s'agit d'une jeune femme de 16 ans qui se blesse dans une tentative de suicide, avec un coupe-papier d'imprimeur. Opérée, 1 heure 1/2 après la blessure, par M. Michel Latarjet, celui-ci réalisa une suture de la brèche myocardique par un point en X qui lie du même coup l'artère ventriculaire antérieure qui saignait en jet. Suites opératoires excellentes. Guérison clinique rapide. Six électrocardiogrammes, dont le premier au 3e jour après la blessure, permettent de suivre la guérison; les premiers montrent une onde de Pardu typique, qui disparaît au bout d'une quinzaine de jours pour faire place à une inversion de l'onde T.

Atélectasie et pleurésie dans le cancer des grosses bronches. — MM. F. Paliard, M. Plauchu, M. Bérard et Thomasset rapportent 2 cas d'atélectasie néoplasique ayant évolué l'un après l'autre sous une pleurésie du même côté; les 2 cas se sont terminés par une dilatation bronchique avec vomique fétide importante.

Le balancement inspiratoire du médiastin dans le diagnostic précoce des obstructions bronchiques de l'adulte. — MM. F. Paliard, M. Plauchu et Papillon. Tumeur bronchique chez une femme de 35 ans dont le premier et seul signe fut pendant plusieurs mois un balancement inspiratoire du médiastin, sans atélectasie, sans emphysème diffus ou bulleux.

Deux nouvelles observations d'arythmie sinusale. Discussion du bloc sino-auriculaire. — MM. Barbier et C. Vignon présentent un cas de bloc sino-auriculaire typique, dont l'intermittence qui survient toutes les 4 pulsations est précédée d'une légère accentuation cardiaque et dans lequel l'injection d'atropine provoque l'échappement ventriculaire régulier. Bloc sino-auriculaire chez un syphilitique hémiplégique. Les auteurs présentent par opposition un cas d'arythmie sinusale banale.

Atélectasie lobaire et ectasie aortique. — MM. Barbier et C. Vignon. Dans cette observation où une atélectasie du lobe inférieur gauche accompagnait une ectasie de la crosse aortique, les auteurs montrent par des tomographies que l'anévrysme ne sténose pas la bronche et que l'atélectasie ne relève donc pas d'une obstruction, comme on aurait pu le penser.

7 Décembre.

A propos des ulcérations de E. Devic de la fièvre typhoïde. — MM. A. Guichard et R. Bonnaymé relatent un nouveau cas d'ulcérations linguales et pharyngées de E. Devic au cours d'une fièvre typhoïde grave. L'apparition des ulcérations fut contemporaine de l'éclosion de multiples escarres cutanées.

Crises de cyanose répétées chez le nourrisson. Difficultés du diagnostic d'hypertrophie thymique. A propos de 2 observations. — MM. Bertoye et Cl. Béraud rapportent les observations de 2 nourrissons traités par radiothérapie pour crises de cyanose répétées rapportées, aux vues de radiographie, à l'hypertrophie thymique. L'amélioration dans un cas fit la preuve du diagnostic. Dans l'autre, l'aggravation progressive montra qu'il s'agissait d'adénopathies tuberculeuses. Ils insistent sur les multiples causes d'élargissement du médiastin supérieur chez le nourrisson et sur l'importance du traitement d'épreuve radiothérapique dans le diagnostic d'hypertrophie thymique.

Un cas d'ostéochondro-dystrophie polyépiphysaire chez un enfant de 4 ans. — MM. P. Bertoye, G. Romagny et Cl. Béraud rapportent le cas curieux d'un enfant de 4 ans présentant des malformations osseuses congénitales multiples : luxation congénitale de la hanche droite par aplasie du col, coxa vara et ostéochondrite de l'extrémité supérieure du fémur gauche, ostéophytose de l'extrémité supérieure du fémur droit, genu valgum et ostéochondrite du tibia gauche. Ils insistent sur l'unité pathogénique de toutes ces manifestations dont l'étude est obscurcie par la multiplicité des terminologies employées et sur leur amélioration possible par des traitements endocriniens vitaminiques et récalcifiants.

Traitement chirurgical d'une paralysie radiale par transplantation. (Présentation de malade.) — MM. Guilleminet et Stagnara.

Dilatation des bronches par arsenicisme chronique chez un viticulteur du Beaujolais. (Présentation de malade.) — MM. Guichard, Mounier-Kuhn et L. Gallavardin.

Nouvelle observation de maladie de Hodgkin après inoculation cutanée. — MM Barbier et G. Vignon.

Ulcérations des grandes lèvres au cours du 2e septennaire d'une fièvre typhoïde. — MM. P. Sedallian, B. Danjou et Moinecourt.

14 Décembre.

Essai de traitement de 4 cas de rhumatisme chronique par injections des complexes ferrico-sodiques de l'acide ascorbique oxydé et de l'acide alloxanique. (Présentation de malade.) — MM. A. Morel, F. Arloing, A. Josserand, Maral, Dumarest et Ronchet ont obtenu 2 succès nets dans des rhumatismes diathésiques, 1 amélioration dans un rhumatisme infectieux et 1 échec dans un rhumatisme hyperuricémique.

Indications thérapeutiques des antihistaminiques de synthèse en dermatologie. — MM. J. Gaté, P. Guilleret et J. Pellerat. Une large expérimentation du 2339 RP a permis aux auteurs de retenir les indications thérapeutiques suivantes. Certaines urticaires (urticaire alimentaire en particulier), l'œdème de Quincke, le prurigo infantile, les dermites artificielles cèdent le plus souvent d'une façon remarquable et totale. L'action antiprurigineuse très souvent manifeste fait du 2339 RP un médicament symptomatique remarquable particulièrement indiqué dans toutes les dermatoses prurigineuses : eczémas aigus, subaigus ou chroniques, prurits essentiels localisés ou généralisés (névrodermites diffuses, prurits post-parasitaires), prurit de la maladie de Dühring-Brocq, du lichen plan, zona à la phase de début ou d'état.

L'histamine en dermatologie. — MM. J. Gaté, J. Pellerat, M. Badel et Mlle Murat. Le rôle pathogène de l'histamine paraît bien démontré pour certaines variétés d'urticaire, les dermites artificielles. Le plus souvent le rôle nocif de ce corps n'intervient que dans le déterminisme de certains symptômes. Son intervention dans la pathogénie du prurit mérite d'être retenue. Quant aux rapports existants entre l'allergie et l'élévation du taux de l'histamine, ils restent encore très obscurs.

Leptospirose grippo-typhosique (fièvre des marais) contractée dans la région de Narbonne. — MM. R. Sohier, Hinschberger et Roulin rapportent un cas cliniquement typique de cette affection survenue 11 jours après un bain dans un canal voisin de l'étang de Sigean. Le sujet, qui d'ailleurs savait mal nager, se trouva immergé un instant dans l'eau boueuse de ce canal. Les auteurs pensent que cette observation jointe à celles précédemment publiées permettra de préciser la répartition de la leptospirose grippo-typhoïque en France et attirent l'attention sur la complexité du diagnostic immunologique des leptospires dont il semble exister de nombreux types distincts, du moins du point de vue antigénique. G. Despierres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

8 Novembre 1943.

Lithiase du cystique. — M. Aubert montre les mécanismes de l'ictère dans cette sorte de lithiase. Il distingue les calculs du bas cystique qui agissent par compression du carrefour et sont souvent confondus avec des calculs de la voie principale et les calculs du haut cystique juxta-hépatiques.
Ces derniers calculs produisent l'ictère par 3 mécanismes :
Compression simple ;
Striction péri-canaliculaire du canal hépatique par la gangue scléreuse autour du calcul;
Compression par abcès hilio-purulent enkysté entre duodénum, bassinet et hile hépatique.
Le traitement dans tous les cas consistera en l'ablation du calcul.

Volvulus de l'intestin grêle et abcès appendiculaire. — M. J. Delmas. M. J. Dor, rapporteur. Intéressante observation concernant un abcès appendiculaire et un volvulus étendu du grêle, apparemment sans rapport l'un avec l'autre. L'auteur et le rapporteur insistent sur la rareté d'une pareille coïncidence, sur la latence des signes d'appendicite aiguë dans ce cas, sur la fréquence du péristaltisme dans le volvulus intestinal et sur la valeur de l'aspiration du contenu du grêle soit par tube de Lewin avant l'opération, soit par entérostomie au cours de celle-ci.

Invagination intestinale chez un nourrisson. Résection. Guérison. Présentation de pièce. — M. Salmon.

15 Novembre.

Epiphysite métatarsienne. — M. Salmon. Observation typique d'une épiphysite métatarsienne gauche chez une jeune fille de 14 ans.
La résection de la tête du 2e métatarsien sous anesthésie locale a apporté une guérison rapide et totale.
Ainsi, l'observation conseillée dernièrement par Tavernier est certainement la méthode de choix pour le traitement de cette affection. Elle doit être préférée aux méthodes dites classiques: repos, semelle, rayons, etc.

Epiphysiolyse. Réduction orthopédique. Présentation de clichés. — M. Salmon. Observations d'épiphysiolyse avec décollement aigu chez un jeune garçon de 14 ans. Réduction parfaite par la méthode de Whitmann. Présentation de clichés radiographiques.

Double perforation au cours d'un curetage. Arrachement de 1 m. 50 de grêle. Résection. Guérison. Présentation de pièce. — M. V. Donnet. M. Chosson, rapporteur.

22 Novembre.

Staphylococcie maligne de la face. Traitement iodo-sulfamidé. Guérison. — MM. J. Dor et P. Michel. Observation d'une jeune fille de 19 ans atteinte de staphylococcie maligne de la face avec syndrome, frissons et délire, guérie très rapidement, malgré un état désespéré, par une cure iodo-sulfamidée commencée tardivement (le 6e jour de la staphylococcie). Doses employées : 130 g. de septoplix et 15 g. de Lugol. A noter que le traitement radiothérapique institué précédemment le 2e, le 3e et le 4e jour n'a nullement influencé l'évolution redoutable de la staphylococcie.

Calcification sous-acromiale. Opération. Guérison. — M. J. Giraud. Il s'agit d'une femme de 42 ans présentant des douleurs spontanées très vives, apparues brusquement sur le moignon de l'épaule gauche. La radio montre une calcification sous-acromiale.
A l'intervention, ablation d'une masse crayeuse dans l'épaisseur du tendon du sus-épineux.
Comme dans les observations relatées par Tavernier, l'opération est suivie de guérison rapide fonctionnelle et anatomique.

Arthroplastie de hanche. — M. Imbert rapporte un cas d'arthroplastie de hanche pour ankylose vicieuse post-ostéomyélitique. Il attire l'attention sur les très fortes rétractions péri-capsulaires, la nécessité de creuser profondément le cotyle et de ne juger de la bonne congruence articulaire qu'après une radiographie prise debout en position d'appui sur le membre opéré.

Contrôle radiologique après gastro-pylorectomie à la Péan. — M. L. Artaud. Gastrectomie à la Péan pour ulcus de la petite courbure. Les radiogtaphies montrent la situation très à gauche de l'anastomose, la dilatation secondaire de la deuxième partie du duodénum et le parfait fonctionnement de la bouche.

Diverticule de l'œsophage. Présentation de malade. — M. Aubert.

29 Novembre.

Luxation congénitale invétérée bilatérale de la hanche. Ostéotomie. Présentation de clichés. — M. Salmon. Histoire d'une luxation invétérée chez une jeune fille de 22 ans avec troubles fonctionnels graves. Une double ostéotomie avec mise à angle des fragments a donné un excellent résultat. L'auteur discute les indications de l'ostéotomie qui, placée au bon endroit, procure à peu de frais des résultats remarquables.

Luxation des deux hanches. Documents radiographiques. — M. Salmon. Il s'agit d'un cas de luxation d'aspect extrêmement curieux chez une jeune fille de 18 ans. Les deux cotyles sont déshabités. Les têtes fémorales ont pratiquement disparu. Du côté gauche l'extrémité supérieure du fémur est articulée avec une masse osseuse placée dans la fosse iliaque. Du côté droit, l'extrémité supérieure du fémur, très atrophiée, est ballante. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une luxation congénitale. L'auteur discute la coxa vara et la luxation pathologique due à une arthrite passée inaperçue.

A propos de 5 arthroplasties de la hanche. Présentation de documents radiographiques. — M. Salmon.

Epiphysiolyse de la hanche. Luxation centrale du fémur. Ostéite fibro-kystique de l'humérus. — *Présentation de radiographies.* — M. Moiroud.

Sténose duodénale sous-vatérienne après hémicolectomie droite. — MM. Dejou et R. Barbet. J. Lamy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU TRAVAIL DE PROVENCE

30 Novembre 1943.

La dermite des agaves. — MM. E. Leblond et P. Varé signalent l'existence d'une affection de la peau survenant chez les ouvriers qui traitent les feuilles d'agaves. Cette maladie atteint ceux qui pratiquent le damage, le raclage et le défibrage et se présente comme une dermite d'irritation, apparaissant 4 et 5 jours après le premier contact : érythème, papulo-vésicules, eczéma, prurigo.

Après 5 à 6 semaines, la guérison intervient et le malade est immunisé, sauf en cas de lésions des téguments.

Cette dermite due au contact de la résine des feuilles d'agaves résista à toutes les thérapeutiques employées.

La prophylaxie est, en raison des circonstances, rendue très difficile.

Considérations sur les amaigrissements massifs constatés dans diverses usines de la région marseillaise de l'automne 1942 à l'été 1943. — M. R. Lassave (Marseille).

4 Janvier 1944.

Irido-kératites à hypopyon chez un acteur et un metteur en scène de cinéma consécutives à des brûlures cornéennes professionnelles. — M. Jean Sédan (Marseille) qui étudie depuis 1923 les maladies oculaires du travail dans le cinéma, à la fois du point de vue étiologique et du point de vue séméiologique, vient d'observer 2 cas de brûlures extrêmement graves de la cornée par arcs nus, qui se compliquèrent d'iridocyclite, d'hypopyon et d'hémorragies à la surface de l'iris et dans la chambre antérieure. Un véritable ténesme pupillaire, vraie « sphincteralgie », domina le tableau. La guérison survint au bout d'un mois sans séquelle appréciable.

Une petite épidémie de polynévrite professionnelle par arséniate de chaux, dans une usine de produits chimiques. — MM. H. Roger, Mortier, Aouchiche et Gastaut (Marseille).

Le problème médical de l'embauchage. — M. A. Méry. G. Gauthier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

26 Novembre 1943.

Bases anatomiques de l'infiltration du ganglion hypogastrique chez l'homme. — MM. R. Ducrocq et P. François ont étudié les différentes voies d'accès du ganglion hypogastrique et mis au point une technique facile d'infiltration anesthésique utilisant la ponction périnéale. Ils ont réalisé cette infiltration en clinique et en ont obtenu d'intéressants résultats.

La zone externe du lobe supérieur pulmonaire et son siège variable. — MM. J. Minet, H. Warembourg et Graux, après avoir rappelé leurs travaux antérieurs, menés en collaboration avec MM. Cordier et Schaepelynck, pour l'isolement d'une nouvelle zone pulmonaire, la zone externe du lobe supérieur, répondant au territoire parabronchique externe supérieur de Lucien, les auteurs insistent sur le siège variable de cette zone, souvent parahilaire, parfois préhilaire, rarement rétrohilaire.

Gommes syphilitiques nécrosantes du pariétal gauche chez une femme de 73 ans. — MM. Bertin, Huriez et Leborgne rapportent l'observation d'une femme âgée, présentant de volumineuses ulcérations craniennes avec mise à nu des méninges et élimination de séquestres osseux, dues à des gommes syphilitiques du pariétal. Cette syphilis sénile, évolutive et nécrosante, a résisté au traitement bismuthique et nécessita l'ablation des séquestres. De ce fait elle est à classer parmi les formes « chirurgicales » du tertiarisme osseux.

Fréquence actuelle des œsophagites corrosives par absorption de caustiques. — MM. C. Auguste et J. Paris attirent l'attention sur la fréquence actuelle des sténoses œsophagiennes consécutives à l'absorption de lessive de soude utilisée pour la fabrication familiale de savon et logée dans des bouteilles à vin ou à bière. Ils insistent sur la gravité des problèmes techniques et hospitaliers que pose le traitement d'un grand nombre de ces malades et font remarquer que les circonstances actuelles ne permettent guère d'imposer les mesures rigoureuses qui seraient nécessaires pour prévenir de pareils accidents.

Les formes silencieuses de la tuberculose rénale. — MM. P. Macquet, L. Lafrance et L. Wemeau rapportent deux observations concernant 2 malades n'ayant jamais présenté aucun signe urinaire, dont les urines troubles contenaient des bacilles de Koch. La cystoscopie a montré des vessies saines et les explorations (urographies I. V., division des urines, pyélographie ascendante) ont apporté la preuve de lésions massives d'un des 2 reins. A propos de ces 2 observations les auteurs soulignent l'intérêt de ces 2 cas de tuberculose latente, la fréquence des formes frustes de bacillose rénale contrastant avec des lésions anatomiques importantes, enfin la valeur des procédés d'investigation en matière de tuberculose rénale.

Action de l'injection intra-veineuse de novocaïne chez l'homme sur la cytologie sanguine. — MM. Warembourg, M. Fontan et A. Michel. L'injection I. V. de 10 cm^3 de novocaïne à 10 pour 100 amène des modifications importantes. Les hématies augmentent de 30 pour 100 (16 fois sur 20 sujets), les leucocytes de 53 pour 100 (chez tous les patients). L'augmentation maxima se produit à la 15e minute. L'équilibre leucocytaire se modifie surtout sur la série lymphocytaire. Des travaux sont en cours pour rechercher le rôle de la splénocontraction dans le mécanisme de ces modifications.

La novocaïne intrapéritonéale dans le traitement des manifestations douloureuses de l'ulcère gastroduodénal. — MM. Ch. Auguste et M. Héraud signalent que l'injection intrapéritonéale de novocaïne calme efficacement les douleurs de l'ulcère dans la moitié environ des cas ainsi traités. Ce traitement peut être employé avec avantage chaque fois qu'un ulcéreux souffre de douleurs continues ou intolérables résistant aux médications usuelles; il peut être très utile pour faire attendre dans le calme les ulcéreux qui doivent être opérés.

Le poumon de l'électro-choc. — MM. A. Breton et J. Devallet ont observé derrière l'écran la cage thoracique de sujets soumis à l'électro-choc. Ils y ont découvert toute une gamme d'anomalies passagères et apparemment sans suite clinique. Ces anomalies sont d'autant plus nettes que la crise épileptique est plus forte et provoquée surtout par des courants de longue durée, de voltage élevé, d'intensité croissante.

En ce qui concerne le poumon, les anomalies consistent habituellement en une diminution de la transparence générale à point de départ hilaire, dues à des perturbations de l'hydraulique circulatoire et de la tension dans le domaine de la pulmonaire, exceptionnellement en l'apparition de plages sombres, limitées à un territoire et attribuables à des spasmes bronchiolaires.

Le cœur peut présenter des troubles du rythme qui peuvent aller parfois jusqu'à l'arrêt trémulatoire s'étendant depuis le spasme électrique jusque peu avant la fin de la période clonique, cessant toujours avant la reprise inspiratoire.

Cysticercose musculaire généralisée découverte à la radiographie. — MM. Ed. Doumer, P.-J. Gineste et A. Lorriaux.

Réticulomonocytose à forme monocytaire. — MM. Driessens, Nuytten, Gauthier et Ducrocq.

Tuberculose iléo-cæcale avec double rétrécissement iléal retenant un bouton anastomatique. Hémicolectomie. Guérison. — MM. E. Delannoy, J. Vandecasteele et M. Verhaeghe.

Inefficacité des injections intra-veineuses de novocaïne dans le choc traumatique expérimental. — MM. Driessens et P. Gautier.

Eruption d'érythème noueux localisée au voisinage d'une ancienne adénite bacillaire. — MM. Warembourg, Linquette et Herbeau. R. Pierret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Novembre 1943.

L'épidémie actuelle de poliomyélite dans la région de Toulouse. — M. R. Sorel qui a pu observer 21 cas de poliomyélite au cours de cette épidémie met en évidence les faits suivants :

1° L'épidémie a été essentiellement rurale. Mis à part quelques cas rares où la notion de porteurs de germes par rhino-pharyngite a pu être démontrée, la source du médullo-virus est passée souvent inaperçue.

Cette épidémie a coïncidé avec une recrudescence de diverses infections neurotropes que les symptômes cliniques et la formule liquidienne permettent de différencier nettement de la poliomyélite (méningo-neuronites, radiculites, syndromes de Guillain et Barré, etc.). On est autorisé à penser que l'eau a joué un rôle dans la dissémination du médullo-virus, tout comme pour la fièvre typhoïde qui a subi un regain d'actualité dans la région : typhoïde et poliomyélite ont frappé surtout la population extra-urbaine, qui est alimentée par des eaux de puits polluées.

2° En ce qui concerne le mode de début, l'auteur insiste sur la quasi constance de la réaction méningée clinique et sur la particulière intensité de la formule cytologique dans le liquide céphalo-rachidien.

3° Les modalités cliniques observées ont été très diverses, depuis les formes méningées et aréflectiques jusqu'aux formes massives avec séquelles paralytiques et amyotrophiques et même jusqu'au syndrome de Landry.

4° Dans l'ensemble, la mortalité a été faible : 1 décès sur les 21 cas observés.

5° La sérothérapie (sérum de convalescent, sérum de Petit ou sang maternel) s'est montrée très infidèle. La radiothérapie précoce est apparue comme l'arme la plus efficace.

Essai d'une classification pratique des néphropathies. — M. J. de Brux. Cette classification se base au point de vue clinique sur la notion de décompensation rénale et au point de vue évolutif sur l'unité évolutive des néphrites et enfin sur l'anatomie pathologique. Ce qui fait que le diagnostic de la forme porté, on peut rapidement savoir quels vont être le pronostic, la durée d'évolution et la lésion anatomo-pathologique. L'auteur divise sa classification en néphrites, néphropathies par troubles du métabolisme et néphropathies par maladie propre au rein.

Acétonurie par absorption cutanée et pulmonaire d'acétone. — M. P. Valdiguié et Mlle A. Mestre ont observé une acétonurie isolée, sans glycosurie ni acidose, après l'emploi d'un révulsif à base d'isosulfocyanate d'allyle et d'acétone. Divers essais ont permis de retrouver cette acétonurie chez plusieurs sujets normaux après usage du révulsif ou badigeonnage à l'acétone seule. Il s'agit d'une pénétration pulmonaire et cutanée : les recherches des auteurs montrent la perméabilité de la peau à l'acétone et donnent une explication à certaines acétonuries isolées et non pathologiques.

Diagnostic tardif de la cholécystite calculeuse. — M. Berges. Il s'agit d'une malade de 73 ans qui, après une série de crises occlusives et un anus cæcal, élimina par la paroi abdominale un grand nombre de calculs et guérit.

Fracture de l'astragale, pseudorthrose, astragolectomie. — MM. Charry et Vives rapportent l'observation d'un homme jeune qui a fait une chute sur les talons et qui était porteur d'une fracture de l'astragale. Après un essai de réduction et le port d'un appareil plâtré, il a été trouvé porteur d'une pseudarthrose astragalienne avec ostéoporose considérable des os du pied. Les auteurs ont pratiqué une astragalectomie par la voie transmalléolaire externe qui permet, après ablation de l'astragale, de réduire de 1 à 2 *cm*. la longueur de la malléole péronière. Ils insistent sur les brillants résultats de cette opération qui rend au malade la statique normale du pied. Ils présentent, d'une part, le malade qui, levé depuis 4 jours, fait ses premiers pas sans appui. D'autre part, ils présentent l'astragale enlevé en totalité sur lequel on voit très bien le cal fibreux qui réunit les traits de fracture.

Sur la valeur clinique du test de Giroud. — MM. Riser, Planques, Dardenne et Mlle Salles contestent la spécificité de la semi-contracture attribuée à l'hormone cortico-surrénale et observée avec les extraits benzoïques de l'urine; car les extraits urinaires donnent une contraction totale quand ils sont concentrés et la semi-contraction ne paraît être qu'une phase de l'action mélano-constrictive. D'autre part, les solutions de désoxycorticostérone donnent une contraction totale suivie de redilatation rapide, sans analogie avec la semi-contraction qui est lente et qui dure.

La mélano-constriction est provoquée par toute une série de substances diluées dans le sérum physiologique : acétylcholine jusqu'au 1/100, histamine jusqu'au 100/1.000, tartrate d'ergotamine. La réaction de mélano-constriction n'est donc pas spécifique et il n'est pas prouvé que dans les extraits benzéniques d'urines la substance active sur le mélanophore soit l'hormone cortico-surrénale seule. Les auteurs font ressortir ensuite les difficultés de la méthode. Ils soulignent la difficulté du dosage, la réaction mélano-constrictive des extraits urinaires s'estompant progressivement avant de disparaître. D'où difficulté de fixation du seuil d'activité.

Sur le plan clinique on trouve, dans les dosages pratiqués sur les urines d'un addisonien et d'adultes normaux, des résultats trop indifférenciés pour qu'on puisse accorder à cette méthode, jusqu'à plus informé, une importante valeur clinique dans le dépistage de l'insuffisance surrénale. Chez les hypertendus, les résultats obtenus ne diffèrent pas sensiblement des précédents ou plutôt restent compris dans la marge des variations des chiffres normaux.

L'opération de Claoué dans le traitement des sinusites maxillaires purulentes chroniques. — M. M. Escat.

Les bases cliniques du traitement actuel de la luxation congénitale de la hanche. — M. Vives.

Décembre.

Intoxication par le salicylate de soude; action rapide du traitement glyco-insulinique. — M. J. Tapie rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans qui, au 10e jour d'un rhumatisme polyarticulaire traité par le salicylate de soude à la dose de 10 g. par jour, présenta des phénomènes nerveux, agitation, insomnie, délire et hallucinations en même temps qu'une polypnée considérable avec odeur acétonique de l'haleine. La suppression immédiate du salicylate et l'application du traitement glyco-insulinique améliorèrent rapidement cette acidocétose, sans reprise des manifestations articulaires.

Présentation d'une maladie d'Addison traitée depuis Novembre 1941 par implantations sous-cutanées d'hormone de synthèse. — MM. Gadrat, Doat et Valdiguié. La malade est suivie depuis 2 ans 1/2. Il a été procédé à 5 réimplantations (Novembre 1941, Avril 1942, Août 1942, Janvier 1943, Mai 1943). A 4 reprises l'insertion d'un comprimé de 50 mg. a permis un équilibre de 4 mois et 1/2 de durée. En Mai 1943 on a pratiqué une implantation de 100 mg. dont l'effet persiste depuis 7 mois. La pigmentation est beaucoup moins accusée, il n'y a pas de troubles digestifs, la tension maxima oscille entre 25 et 11,5; la résistance à la fatigue est considérablement améliorée et la malade a pu se permettre de longues randonnées en bicyclette. Le syndrome biologique reste peu modifié : à noter cependant une augmentation progressive de l'hydrémie et du glutathion réduit. Les auteurs rapprochent ces résultats de ceux mentionnés dans la thèse de Stéphan et de ceux de Binet, Bryetor et Conte, de Gennes, Cachera, Palliard et Plauchu. Ils se montrent partisans des doses faibles qui exposent moins aux œdèmes et estiment que l'économie d'hormone peut être supérieure à celle prévue par Thorn et Firor.

A propos de 15 pneumectomies partielles pour abcès du poumon. — M. P. Dambrin, après avoir rappelé brièvement les indications et les contre-indications de la méthode, donne ses résultats personnels : 8 guérisons complètes, 1 guérison avec fistule bronchique sèche, soit 60 pour 100 de résultats favorables. Il a eu 4 décès opératoires : 2 par hémorragie, 1 par ensemencement massif, 1 par encombrement bronchique massif. Les décès tardifs sont au nombre de 2 : l'un par hémorragie lors d'une tentative thérapeutique malencontreusement dirigée 2 ans après la pneumectomie contre une fistule bronchique parfaitement tolérée, l'autre 1 an après l'intervention chez un jeune garçon présentant des foyers multiples de suppuration mycosique thoraco-abdominale.

Les vraies complications de la pneumectomie partielle sont l'hémorragie et l'ensemencement broncho-pulmonaire. Pour les éviter dans la mesure du possible, il convient de suivre quelques directives : Laisser à la lobectomie les formes intrahilaires ; avoir recours à l'aspiration endo-bronchique préopératoire; opérer sous anesthésie loco-régionale ; savoir respecter les côtes lors du premier temps, en réséquant seulement toutes les parties molles comprises dans la 2e zone d'attaque en dehors de la plèvre pariétale.

Abcès du poumon, ondes courtes. — M. Durand-Dastes (de Tarbes) rapporte l'observation d'une diabétique de 62 ans qui présentait, tant au point de vue clinique que radiologique, un abcès de la base du poumon gauche. Après début de traitement par septazine, l'auteur utilisa les ondes courtes et pratiqua 10 séances presque quotidiennes. Dès les premières séances, la malade trouva une amélioration considérable : l'expectoration est plus fluide, presque inodore, la toux et la douleur diminuent fortement, l'appétit revient, pendant que la radiographie montrait une diminution de l'opacité pulmonaire. Dans les semaines qui suivirent, la guérison s'accentua et la malade put reprendre sans aucune gêne sa vie antérieure.

Chirurgie esthétique : les nez en pomme de terre, rhynophyma et les nez de travers. Résultats opératoires. Présentation d'opérés. — M. Bourguet.

L'intérêt clinique du dosage de la cholinestérase du sérum. — MM. D. Vincent, G. Segonzac et Mlle J. de Prat.

A propos de quelques réformes récentes du Service médical de contrôle des Caisses d'assurances sociales. — M. Bounhoure.

Deux cas de lithiose salivaire. — M. Durand-Dastes (Tarbes). J.-P. Tourneux.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
HYGIÈNE ET MÉDECINE DU TRAVAIL
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. A. FEIL

Médecins d'usines et médecins d'entreprises

L'expression « médecin d'usine » que l'on emploie depuis longtemps pour désigner les médecins des travailleurs est aujourd'hui remplacée, dans les textes officiels, par celle de « médecin d'entreprise ».

La raison est facile à comprendre.

L'entreprise a une signification beaucoup plus étendue que l'usine ; elle répond mieux à la tendance actuelle qui consiste à faire du médecin du travail une sorte de spécialiste de la prévention chargé de surveiller la santé de tous les travailleurs, qu'ils appartiennent à des usines, à des maisons de commerce, à des magasins ou à des banques.

On comprend parfaitement l'intérêt de l'Etat, des Assurances sociales, des Compagnies d'assurances à encourager cette orientation nouvelle qui tend à les décharger, pour une part importante, de la prévention des maladies sociales et contagieuses, à faire du médecin d'entreprise une sorte de médecin fonctionnaire, payé par le patron, mais soumis à l'autorité d'organismes officiels, qui feront connaître et, au besoin, imposeront la doctrine officielle du moment.

Mais ceci répond-il à l'intérêt bien compris des ouvriers et des médecins eux-mêmes ? Je n'en suis pas sûr.

Laissant aujourd'hui cette importante question de l'orientation de la médecine du travail, que j'ai déjà effleurée [1], sur laquelle je reviendrai peut-être, je désire simplement, dans la présente note, réhabiliter le terme « médecin d'usine » qu'un peu prématurément on semble vouloir sacrifier.

Remarquons d'abord que dans tous les pays l'expression « médecin d'usine » est consacrée par l'usage : fabrikartz, en Allemagne ; factory surgeons. en Grande-Bretagne ; medico de fabrica, en Espagne ; medico di fabrica, en Italie.

C'est dans l'usine, en effet, dans la fabrique que l'homme est exposé aux accidents et aux maladies professionnelles, c'est dans l'usine également que l'hygiène industrielle, l'orientation professionnelle, la sélection psycho-technique peuvent rendre les plus grands services.

Dans les établissements non industriels, maisons de commerce, magasins, banques, etc., les employés ne sont guère exposés aux accidents et aux maladies professionnelles, et l'hygiène industrielle fait place pour eux à l'hygiène générale, la visite périodique de dépistage à la consultation préventive.

Réunir les uns et les autres sous le même vocable l'entreprise, comme on prend l'habitude de le faire, nous semble une erreur, car elle risque de détourner le médecin d'usine de son rôle essentiel. Voici une banque qui occupe un millier d'employés. Tous travaillent assis dans des bureaux confortablement installés, dans des conditions d'hygiène convenables. Doit-on confondre ces employés avec les ouvriers d'une usine d'accumulateurs, d'une fabrique de produits chimiques ou d'une fonderie, qui expose à tout instant à des accidents ou à des intoxications ?

Dans l'usine, le médecin a pour tâche de protéger l'ouvrier contre le risque de maladies professionnelles, d'intoxications ou d'accidents ; il visite les ateliers, il surveille l'hygiène industrielle, il fait vraiment œuvre de médecin du travail.

Le médecin d'une entreprise non industrielle, d'une banque ou d'un magasin, a un rôle infiniment moins important et j'ajouterai moins complexe : il remplit les fonctions d'hygiéniste, de médecin social, il intervient pour dépister les maladies dites sociales, les affections contagieuses, mais il n'a, en aucune manière, à faire de la médecine du travail. Son action se confond pour une part importante avec celle du médecin de famille, elle empiète sur son rôle, et c'est à mon avis regrettable. Car c'est au médecin de famille, qui beaucoup mieux que le médecin de l'établissement connaît les antécédents de l'ouvrier, qu'il appartient de réaliser au mieux cette médecine préventive dont on parle tant aujourd'hui.

Le médecin d'une entreprise non industrielle ne peut être que médecin de la prévention ; le médecin d'usine a beaucoup d'autres tâches, et la prévention des maladies sociales n'est pas la principale.

C'est en considérant ce rôle essentiellement différent que je m'élève contre la tendance actuelle qui consiste à réunir sous une même appellation les médecins des usines et ceux des établissements non industriels et à exiger des uns et des autres la même instruction. Cette assimilation est pour une grande part à l'origine du malaise actuel ; elle risque de conduire, elle conduit déjà, à une mauvaise orientation de la médecine du travail.

Car la loi ne fait aucune distinction entre ces deux catégories d'établissements ; elle ne distingue pas s'il s'agit d'organiser un service médical dans une profession comportant des risques certains, ou dans une maison de commerce, un magasin, une banque, une librairie qui n'occupent que des employés de bureau peu exposés. Pour les uns et les autres elle impose le même nombre de médecins : trois demi-journées de travail pour les établissements de 500 à 1.000 salariés, deux demi-journées par groupe entier de 500 salariés pour les établissements de plus de 1.000 salariés [2]. La loi ne s'occupe pas du risque, s'intéressant seulement au nombre des travailleurs. C'est là une faute. Une loi sociale qui s'impose à tous sans discernement n'est pas une bonne loi. C'est en instituant des lois sociales trop générales qu'on les rend inapplicables ou qu'on en rend l'application plus difficile.

Limitation du nombre des médecins diplômés. — On a prétendu que pour satisfaire aux besoins actuels des entreprises, il serait indispensable de former rapidement un très grand nombre de médecins du travail ; on a parlé de 3.000 médecins. Je ne crois pas qu'un tel chiffre soit nécessaire ni même désirable. On oublie que beaucoup d'établissements industriels possèdent depuis longtemps un service médical dirigé par un médecin d'usine, peut-être non diplômé, mais cependant parfaitement adapté à sa tâche. D'autre part de nombreux médecins, attirés vers la médecine du travail par une réclame quelque peu tapageuse, sont déjà en possession du diplôme, un millier au moins pour Paris et les Facultés de province. J'ajoute que le chiffre de 3.000 médecins, qui a été fixé, ne concerne pas seulement les usines où travaillent des ouvriers, mais encore tous les établissements non industriels ou commerciaux où séjournent des employés. Or, il n'apparaît nullement nécessaire, nous l'avons dit plus haut, qu'un médecin diplômé du travail soit affecté à des entreprises non industrielles telles que banque, magasin, etc. Un bon praticien de médecine générale, muni ou non du diplôme d'hygiéniste, peut parfaitement remplir cette tâche qui est essentiellement celle d'un médecin de la prévention.

Pour établir l'équilibre et satisfaire aux besoins des usines, il suffirait de quelques centaines de nouveaux médecins diplômés du travail. C'est surtout en province, dans les régions industrielles du Nord et de l'Est, que ces médecins font défaut et trouveraient á s'employer utilement. A Paris, les usines de quelque importance ont organisé depuis longtemps leur service médical ; il existe peu de places vacantes ; je connais même des médecins munis du diplôme qui cherchent en vain une situation et s'étonnent qu'on accorde aussi facilement, chaque année, des diplômes de médecine du travail.

Si vous continuez à former de nouveaux diplômés à la cadence actuelle, craignez qu'un embouteillage se produise bientôt, craignez aussi l'amertume des jeunes médecins déçus de ne pas trouver la situation qui leur aura été promise.

Songeons qu'à Paris seulement 200 à 300 médecins suivent chaque année les cours de l'Institut d'hygiène industrielle et postulent pour le diplôme. Ce nombre doit être plus que doublé si l'on ajoute les élèves des divers Instituts de Médecine du Travail de Lyon, Lille, Bordeaux, Nancy, Montpellier, Strasbourg, Marseille. Ce sont donc chaque année 500 nouveaux diplômes de médecine du travail qui sont beaucoup trop généreusement distribués. On peut prévoir, qu'après la session en cours, le nombre des médecins des Facultés de Paris et de province, qui seront possesseurs du diplôme, montera à 1.500.

Puis-je rappeler qu'avant 1939 le total annuel des diplômés était, pour Paris, de 10 à 30 ; chiffre peu élevé, qui suffisait aux demandes des industriels. J'avais alors proposé, étant président de la Société médicale des hygiénistes du travail et de l'industrie, que le chiffre de 30 diplômés annuels ne fût qu'exceptionnellement dépassé pour Paris.

Les circonstances ayant changé, de nouvelles lois imposant aux industriels l'organisation obligatoire d'un service médical, le nombre des diplômés pourrait être porté chaque année à 50 pour Paris et à 100 pour l'ensemble des Facultés de province. On aurait ainsi une proportion suffisante de nouveaux médecins du travail.

En résumé, il paraît nécessaire de réduire le nombre des diplômés. Cette limitation rendra plus facile le placement des nouveaux médecins du travail, elle élèvera le niveau des études, permettant de mieux organiser l'enseignement pratique, visites d'usines, travaux de toxicologie et d'hématologie, etc.

Comment réduire le nombre des candidats ? En augmentant la sévérité de l'examen, en n'accordant le diplôme qu'à un nombre limité de candidats, par exemple 150 pour la France entière ; cette proportion pouvant être accrue ou diminuée chaque année, selon les besoins. Il faut aussi prévoir que les candidats seront moins nombreux si le diplôme de médecine du travail n'est pas exigé pour les médecins d'entreprises non industrielles (maisons de commerce, banques, magasins, etc.).

Si l'on se refuse à limiter les diplômes, leur nombre dépassera rapidement celui des places à pourvoir ; ne faudra-t-il pas demander dès lors aux médecins nantis de relations nombreuses et puissantes de ne pas cumuler plusieurs postes ? Ce serait, je pense, d'élémentaire moralité.

Honoraires des médecins d'usine. — Je voudrais toucher un autre point qui intéresse certainement les futurs médecins d'usine. C'est la question des honoraires.

On fait espérer aux médecins du travail des traitements très élevés ; je me suis laissé dire que c'est un peu cette perspective qui attire à la médecine du travail tant de vocations nouvelles. Je crains qu'il n'y ait des déceptions.

On voudrait que d'emblée les jeunes médecins diplômés reçoivent des traitements de premier ingénieur. Je crois que ce n'est pas rendre service que d'entretenir de telles illusions.

Le jeune ingénieur, qu'il sorte des écoles chimiques ou d'électricité, des mines, de centrale ou de polytechnique, ne reçoit pas, dès son entrée à l'usine, des traitements princiers. Il débute modestement comme adjoint ou chef d'atelier, il en reçoit les émoluments, dont se contenteraient sans doute peu de médecins des jeunes générations. Selon ses capacités et les services rendus, le jeune ingénieur s'élève plus ou moins rapidement dans la hiérarchie ; ce n'est qu'après bien des années d'épreuves et d'efforts qu'il obtient le traitement qu'on voudrait accorder d'emblée au jeune diplômé de la médecine du travail.

Je pense sincèrement qu'il ne serait ni juste ni souhaitable que les médecins soient traités différemment que ne le sont les jeunes savants sortis de Centrale ou de Polytechnique. Qu'ils reçoivent d'abord un traitement honnête, que celui-ci augmente à mesure que se développe leur expérience et que deviennent plus manifestes les services rendus à l'usine. Le médecin qui s'installe n'arrive au succès qu'après des années d'effort ; n'exigeons pas qu'il en soit autrement des médecins d'usines. Si nous désirons que les industriels accueillent avec bonne volonté et sympathie les médecins dans leurs établissements, ne formulons pas de demandes excessives, montrons d'abord ce que nous savons faire.

André Feil.

---

1. Le rôle du médecin d'usine. *La Presse Médicale*, 27 Février 1943, n° 8.

2. Les établissements de moindre importance, qui occupent de façon habituelle de 50 à 500 salariés, doivent s'assurer le concours d'un médecin du travail qui consacrera á chaque établissement deux demi-journées par semaine, ou s'affilier à un service médical organisé dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 28 Juillet 1942 (*J. O.* du 29 Juillet).

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

L'héméralopie dans la Marine

Dans un intéressant travail, le médecin principal de la Marine André[1] vient de reprendre la vieille question de l'héméralopie à bord des navires de guerre et de montrer que, si la cécité nocturne épidémique ne cause plus dans nos équipages les mêmes ravages qu'autrefois, cette curieuse affection n'a pas, toutefois, complètement disparu du cadre nosologique maritime.

Il suffit, en effet, bien souvent d'utiliser des procédés d'investigation suffisamment sensibles pour dépister des formes insoupçonnées, frustes, mais indiscutables d'héméralopie et l'auteur ouvre ainsi, à la lumière des conceptions modernes, un chapitre nouveau et encore inexploré de la pathologie navale.

* * *

Considérée au XIXe siècle comme une affection presque spécifiquement maritime, l'héméralopie faisait, avec le scorbut et les fièvres, le désespoir de nos grands anciens.

De nombreux médecins l'avaient signalée aux armées, dès la seconde moitié du XVIIIe siècle; Larrey, chirurgien-major de la corvette *la Vigilante* sur les bancs de Terre-Neuve, avait un des premiers en 1788, avec l'esprit d'intuition qui caractérise toute son œuvre médicale, montré ses connexions possibles avec le scorbut qui sévissait alors parmi son équipage, mais c'est surtout à partir des guerres de l'Empire que les travaux concernant cette affection se montrent nombreux; l'auteur, relatant les épidémies observées dans l'ancienne Marine, en donne une bibliographie complète.

Il montre que ces travaux sont de plus en plus rares à partir de 1880 et que l'héméralopie se fait oublier et disparaît brusquement et totalement à bord des navires, dès que les traversées deviennent plus rapides et permettent de meilleures conditions d'hygiène alimentaire.

Compulsant les rapports de mer d'autrefois, il constate avec satisfaction que nos grands anciens, recherchant la cause de l'héméralopie dans la vie spéciale menée par les équipages des bâtiments naviguant dans les mers lointaines, furent des premiers, vers le milieu du siècle dernier, à incriminer, à juste titre, l'alimentation défectueuse des équipages.

Les conceptions actuelles sont, d'ailleurs, toutes récentes, puisque ce n'est qu'en 1915 que l'Allemand Wietfeld accusa formellement le manque de vitamines dans la ration et en 1920 que Tricoire fit de l'héméralopie une avitaminose A, conception définitivement prouvée par Jeghers en 1937.

Passant succinctement en revue les notions modernes sur l'avitaminose A, l'auteur en montre les manifestations pathologiques. Il précise qu'à côté des formes manifestes, relativement rares, caractérisées surtout par des troubles occulaires allant de l'héméralopie essentielle au xérosis conjonctival, ou même cornéen, il est souvent possible de déceler des formes frustes en relation avec les notions de carence incomplète et de précarence. Il passe en revue les moyens d'investigation de plus en plus perfectionnés actuellement utilisés et représentés par le dosage de la vitamine A dans le sang, l'examen de l'œil au biomicroscope et l'étude de la vision nocturne (appareil d'Esmund et Clamessens, de Copenhague, photo-esthésiomètre de Birch-Hirschfeld, de Berlin, adaptomètre de Thomas, de Nancy). Il montre avec quelle précision ces méthodes sensibles, l'étude de la vision nocturne surtout, permettent d'aborder le domaine des avitaminoses, aux confins mêmes de la physiologie et de la pathologie et de les déceler plus fréquemment qu'on ne le croyait jusqu'alors.

* * *

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur expose ses recherches personnelles, effectuées en 1939-1940 à bord de deux bâtiments pris au hasard en escadre, le croiseur *Duquesne* et le contre-torpilleur *Albatros*.

L'emploi d'un test de sensibilité rétinienne au seuil lui permit de déceler le chiffre relativement élevé de 59 cas d'héméralopie fruste sur 277 sujets examinés, soit un pourcentage de 21 pour 100.

Essayant de trouver une explication plausible à la fréquence un peu inattendue de ces héméralopies discrètes, il se livre à une étude détaillée de la ration du marin, négligeant le côté énergétique du problème, le plus habituellement envisagé dans les divers travaux effectués jusqu'à ce jour sur l'alimentation des équipages, pour chercher, en revanche, à préciser la teneur de cette ration en vitamines et, particulièrement, en vitamine A.

Il critique, à ce point de vue, la proportion insuffisante des matières grasses, riches en vitamine A (35 *g.* de graisses susceptibles d'être portés à 40 ou 50 *g.* par les allocations supplémentaires) et recherche le chiffre global de vitamine A représenté par les denrées alimentaires consommées pendant le mois d'Octobre 1939 à bord du *Duquesne*.

Indépendamment de l'insuffisance des graisses, il montre que les autres denrées consommées à bord n'apportent qu'une quantité insignifiante de vitamine A, diminuée encore par l'oxydation résultant du traitement frigorifique des viandes et par la cuisson des aliments.

Tenant compte de ces éléments et utilisant les tables de composition des aliments dressées en 1937 par Mme Randoin, il arrive à des teneurs en vitamine A avoisinant quotidiennement 3.000 unités internationales, alors que les auteurs américains (Jeghers, Strabeling) ont fixé à 5.600 unités internationales la dose minimum nécessaire à l'homme pour que son adaptation à la lumière reste normale.



La relation des essais de thérapeutique de ces héméralopies complète et termine cette étude.

Deux médicaments, particulièrement riches en vitamine A, ont été utilisés concurremment : l'huile de foie de morue, type marine, à bord de l'*Albatros* et le vitaol, plus facilement titrable, à bord du *Duquesne*.

La technique adoptée fut la suivante :

Vitaol : 2 cuillerées à café, soit 20.000 unités, tous les jours à 11 heures pendant sept jours. Examen le huitième jour.

Huile de foie de morue : 2 cuillerées à soupe par jour, soit 20.000 unités (?) en deux doses égales à 11 heures et à 17 heures pendant sept jours. Examen le huitième jour.

L'expérience montra, comme il fallait s'y attendre, une nette amélioration de ces héméralopies frustes. Le seuil devint normal au huitième jour chez 90 pour 100 des sujets traités au vitaol et chez 72 pour 100 des marins soumis à l'huile de foie de morue, résultats comparables à ceux que rapportent divers auteurs.

Des recherches complémentaires permirent de préciser, en outre, que les effets thérapeutiques de la vitamine A apparaissent dès le second jour de traitement et se maintiennent ensuite pendant plusieurs semaines, tout se passant comme si, au bout de ce laps de temps, la réserve de l'organisme en vitamine A, insuffisamment renouvelée par l'alimentation, se trouvait, à nouveau, abaissée à un niveau incompatible avec le fonctionnement normal de la rétine.

* * *

Ces recherches, commencées en pleine guerre et malheureusement interrompues par les événements qui ont suivi les hostilités, ouvrent un nouveau chapitre des plus intéressants. Elles mériteraient d'être reprises, quand les circonstances le permettront, en particulier, à bord des submersibles, dont les équipages devraient présenter logiquement un pourcentage élevé d'héméralopies frustes.

Comme le dit l'auteur, la valeur militaire des bâtiments ne peut que gagner à une enquête bien conduite, qui précisera l'importance des carences insoupçonnées et permettra de leur apporter remède.

R. LANCELIN,
Médecin général de la Marine.

1. ANDRÉ : L'héméralopie dans la Marine. *Archives de médecine et de pharmacie navales*, 1942, n° 1.

Pierre Nobécourt
(1871-1943)

Le Prof. Pierre Nobécourt est mort subitement le 19 Novembre. Le matin il cultivait encore son jardin, dans l'après-midi il recevait un de ses fidèles, puis il se mettait, comme chaque jour, à sa table de travail... mais pour lui la journée n'alla pas au bout.

L'événement a été vivement ressenti dans cette république, si affectueusement unie des pédiatres, où chacun rendait hommage au labeur probe et vigoureux de cet homme simple, affable, loyal et bon, où son autorité était grande sur les jeunes, et où il ne comptait que des amis parmi les anciens. Nul doute, que nous parviennent, un prochain jour, les échos de pareille et fraternelle émotion fomentée loin de chez nous chez les pédiatres amis des deux mondes. C'est que le rayonnement de la personne et de l'enseignement de P. Nobécourt s'exerçait bien au delà du cercle limité de notre école, de nos hôpitaux, de l'Académie. Il avait la classe internationale et, très simplement l'avait conquise par un travail obstiné, une parfaite rigueur d'observation et un jugement sans faille.

Né le 28 Décembre 1871 à Paris, externe à 20 ans, trois ans plus tard, après son service militaire, et une seule année d'externat — mais chez Bouchard, et l'empreinte lui en resta toute sa vie — il était nommé 4e dans une promotion d'internes qui comptait Cunéo, Eugène Terrien, Ombrédanne, Lesné, Léon Bernard, Rist, Milian, Garnier, Gandy, Auclair, Sainton, belle jeunesse qui tint et au delà ses promesses.

Il fut successivement l'interne à la Maternité de Charrin et de Vaquez, à la Charité de Potain, chez qui il se lia étroitement avec Pierre Teissier, puis de Widal à la Maison Dubois, enfin d'Hutinel aux Enfants-Assistés. C'est là qu'il se fixa selon son goût. Après son clinicat chez Potain, il revenait en effet près d'Hutinel comme chef de laboratoire. Agrégé spécialisé de pédiatrie en 1907, puis médecin des hôpitaux en 1908 il resta jusqu'à la guerre de 1914 aux Enfants-Malades auprès d'Hutinel, qui lui avait confié le service des nourrissons.

En 1919 il reprenait sa place à Paris à la tête du service de médecine de la maternité de Port-Royal, mais dès l'année suivante, Décembre 1920, nommé professeur de clinique médicale des enfants, digne successeur de son cher maître Hutinel, il prenait la direction de la clinique des Enfants-Malades. Il fut enfin élu membre de l'Académie de médecine en 1923.

Son œuvre professorale est considérable. Elle est tout entière consacrée à la médecine des enfants. Ce n'est pas que cet élève de Bouchard, de Charrin, de Potain et de Vaquez, de Widal enfin, n'eût eu la plus solide culture médicale : celle qui se forme au lit du malade, comme celle qui s'acquiert au laboratoire, et la plus ouverte, mais les circonstances et son goût l'avaient fait médecin d'enfants, et nul chapitre de la médecine des enfants, nul aspect de la pédiatrie, pathologie, hygiène, pédagogie, action sociale, démographie, politique de la famille n'ont échappé à son activité ; et ce travailleur obstiné, méthodique et d'une implacable exactitude laisse une masse d'ouvrages où toutes ces questions sont exposées avec une parfaite simplicité, mais avec une précision sans défaut et un singulier bonheur dans le jugement.

Il laisse : un *Précis de médecine des enfants;* des *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons;* des *Conseils pratiques sur l'hygiène infantile;* une *Hygiène sociale de l'enfance* (avec Schreiber) ; une *Thérapeutique du nourrisson* (avec M. Maillet); des *Monographies* sur les cardiopathies de l'enfance, sur les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse, sur les enfants trop petits, sur les enfants et les jeunes gens anormaux (avec Babonneix); le *Traité de médecine des enfants* (avec Babonneix); enfin 11 volumes de clinique médicale des enfants. Et comme Nobécourt travaillait sur documents personnels plutôt que sur fiches bibliographiques, on reste confondu par l'ampleur de cette œuvre : ce sont monuments cyclopéens.

Il ne saurait être question d'analyser le détail, simplement de choisir ici et là quelques fruits plus mûrs et d'une saveur plus personnelle.

Côté physio-pathologie du premier âge citons l'azotémie et la chlorurémie du nourrisson, les études sur les bons effets du sucre de canne à hautes doses, sur la digestion des graisses. Il fut des premiers avec René Mathieu à appliquer à l'athrepsie le régime hypercalorique en enrichissant le babeurre avec un solide appoint de beurre. Ce simple fait suppose une singulière indépendance en face du dogmatisme, et une intuition pénétrante des besoins de l'organisme. Nous sommes habitués à prescrire le babeurre gras, mais ce fut un jour geste jeune, audacieux, créateur, car les mots juraient de se voir réunis.

Côté pathologie infectieuse citons : l'endocardite de la scarlatine, le rhumatisme scarlatin, le syndrome cardio-vasculaire des néphrites aiguës, la maladie de Bouillaud « qui consiste avant tout dans une cardiopathie subaiguë, dont les modalités évolutives ne sont guère influencées par le salicylate de soude ».

Côté physiologie de la croissance et de la nutrition citons les études sur les hypertropies et les hypotrophies staturales, sur le syndrome adiposogénital, sur les obésités, sur le diabète infantile, sur le diabète avec hypotrophie, sur la puberté, sur la tuberculose pulmonaire des filles à la période pubertaire, sur les vomissements acétonémiques, sur la forme méningée de l'acétonémie.

Il est très rare qu'un fait, avancé par Nobécourt, ait été contredit par le progrès ultérieur.

Il disait simplement : « Dans telles conditions j'ai vu ceci. Dans tel groupe de sujets j'ai rencontré tant de fois cette particularité. J'ai pesé ceci, j'ai mesuré cela. Je ne sais pas pourquoi c'est ainsi, mais je sais que c'est ainsi. Je n'ai pas à savoir si telle doctrine s'accommode ou non de cette constatation, mais elle est telle que je la dis. »

Ceux qui n'avaient pas vu les mêmes choses, ou que le goût des anticipations brillantes emportait, ou que figeait l'esprit de système pouvaient ignorer ce témoin exact, scrupuleux, sans fièvre ; Nobécourt ne polémiquait pas et attendait tranquillement que le temps rectifiât les foucades de la mode, et qu'on en revînt à découvrir ce à quoi il avait dès longtemps fixé son jugement.

Nobécourt, la simplicité même, avait une âme compatissante et un sens social averti. Il voulait le bien de l'individu, le bien de la famille, le bien du pays, et dans ces trois domaines sa tâche de médecin d'enfants trouvait à s'exercer très pratiquement.

Jusqu'au dernier jour, à la présidence du Comité national de l'enfance, à la direction de l'Œuvre des crèches parisiennes, au Comité du groupe Médecine et Famille, Nobécourt travailla comme il savait travailler.

Il clôt la préface d'un de ses ouvrages par cette formule de Montaigne : « C'est ici un livre de bonne foy », nul n'avait plus que lui le droit de se réclamer de ces deux mérites: la constance dans l'effort, la bonne foi dans le travail. Ce sont des vertus presque artisanales, et il ne nous déplaît pas, et nous croyons qu'il y eût été sensible, de parer cet homme de chez nous, pur Français de France, solide, loyal et dru, des mérites qui eussent convenu au plus humble.

Pendant la guerre de 1914, à Besançon d'abord, puis à l'hôpital des contagieux de Fismes, où il relevait Pierre Teissier, puis médecin consultant de la VIe armée, il fit simplement et noblement son devoir. P. Nobécourt avait un sens trop assuré des tâches, qui s'imposent aux hommes d'un grand pays, pour ne pas sentir aux occasions vibrer dans son âme une fibre très militaire. Il savoura notre gloire, porta fièrement la croix de commandeur, que lui passait au cou en 1938, et au titre militaire, son ami le médecin général Rouvillois. Il porta lourdement dans son cœur le deuil de nos malheurs. Un fils captif, et qu'il n'a pas revu ! Naître en 1871, mourir en 1943, quel destin pour un Français de cœur !...

J. CATHALA.

Société française d'Histoire de la Médecine

8 Janvier 1944.

M. GENTY offre au Musée d'histoire de la Médecine, de la part de Mme ALBERT TERSON, en souvenir de son mari tué malheureusement par une auto, différentes pièces intéressant l'histoire de l'oculistique : une superbe coupe grecque à figures noires du VIe siècle av. J.-C. représentant plusieurs larges yeux vus de face; un petit verre à goulot également à figures noires de la même époque; une collection de cachets d'oculistes anciens et un exemplaire du *Recueil de cachets d'oculistes romains* d'Espérandieu.

M. TANON présente une aquarelle due à Mme Yersin et représentant une *scène d'épidémie de peste en Extrême-Orient*. On y voit un immense bûcher collectif qui, paraît-il, consuma 280 cadavres.

M. LAIGNEL-LAVASTINE fait revivre la curieuse figure du médecin militaire *Jean-Louis-Genevière Guyon* (1794-1870) qui, correspondant de l'Institut, a été l'objet d'une note d'Alfred Lacroix à l'Académie des Sciences. Grand voyageur et s'intéressant à tout, Guyon publie sur tout ce qu'il étudie : botanique, zoologie, anthropologie, physiologie, hygiène, pathologie interne, pathologie expérimentale, pathologie externe, thérapeutique, toxicologie. Encore plus qu'un curieux de la nature il se montre un brave. En effet, convaincu de l'influence de la crainte sur le développement et la marche des épidémies en général et plus particulièrement sur celle du choléra et de la fièvre jaune, il expérimenta sur lui-même la contagiosité de ces maladies. Le 28 Juin 1822, à la Martinique, il revêt la chemise d'un homme atteint de fièvre jaune et se fait inoculer le pus des vésicatoires de ce malade. Après la mort de celui-ci, Guyon revêt sa chemise maculée et se couche et dort dans son lit.

Le 15 Juillet 1831, à l'hôpital des cholériques de Varsovie, Guyon s'inocule deux fois du sang de cholériques, revêt la chemise d'un cholérique mort et se promène ainsi. Ces expériences sont plus spectaculaires que démonstratives. Elles signent quand même un tempérament. Guyon enfin se montre un lettré en comparant la morsure d'un officier par un serpent à celle de *Nasidius* dans la *Pharsale* de Lucain, en rappelant ces vers de Lucain à propos de l'altération du sang par le venin des serpents: « Un poison vermeil jaillit de ses veines; sa bouche le vomit à grands flots; ses yeux le répandent en larmes: ses pores l'exhalent en sueur » et dans sa visite aux eaux thermales d'*Hammantif* près Tunis en les identifiant aux *Aquae persianae* des *Florides* d'Apulée.

M. CHEVASSU, entr'ouvrant ses trésors d'autographes, lit et fait circuler quelques recettes médicales de *La Tour d'Auvergne*, le premier grenadier des armées de la République. Certaines relèvent plus du folklore que de la thérapeutique. Elles ne sont pas toujours faciles à exécuter, telle celle-ci contre les engelures : brûler un vieux soulier et mêler sa cendre avec du beurre. Il avait aussi une bonne adresse pour les sondes en cas de rétention d'urine. Le spécialiste qu'est Chevassu remarque que c'était la meilleure marque de l'époque.

M. HERPIN complète sa précédente communication sur la découverte de la circulation du sang en revenant sur les passages des œuvres théologiques de MICHEL SERVET relatives à la petite circulation, notion qu'il aurait prise dans un auteur arabe du XIIIe siècle. Sait-on jamais ?

5 Février.

M. OLIVIER communique de la part de M. HENRI BRACHET, d'Albertville, une note sur le *second mariage de Bretonneau*, qui endossa la paternité légale d'un jeune être déjà avancé dans sa vie embryonnaire et qui fut le comte Clary.

Le Prof. LAVIER (de Lille) rappelle un travail sur le *signe de Faget* qu'il communiqua en Janvier 1942 à la Société de pathologie exotique.

C'est en effet Faget, médecin à la Nouvelle-Orléans, qui décrivit le premier dans la fièvre jaune la dissociation de la température et du pouls; celui-ci ne suivant pas dans l'accélération de son rythme l'élévation thermique.

Le Prof. OLIVIER continue son étude, pleine d'esprit, sur *Alexandre Trésal, de Brides-les-Bains, poète et philosophe*. Il cite de son auteur quelques poèmes bien venus et fait remarquer que dès 1865 Trésal se lamentait sur la dissociation de la famille. Il écrivait: la famille est morte !

M. RAYMOND NEVEU retraça avec émotion la sympathique figure de LÉON BRODIER, *notre ancien président*. Il rappelle sa physionomie, sa modestie, son excellent volume sur Alibert, son petit entresol de la rue de Bruxelles et sa mort récente à Toulouse.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livres Nouveaux

Neuro-chirurgie d'urgence [Indications et technique], par M. R. KLEIN et F. THIEBAUT (préface du Prof. Clovis VINCENT). 1 vol. de 65 p. avec 31 fig. (*Masson et Cie, édit.*), Paris, 1943. — Prix : 36 fr.

Les descriptions classiques des traumatismes cérébraux ne s'appliquent qu'à la minorité des cas et sont très insuffisantes; en effet, l'examen neurologique habituel ne met guère en évidence que les signes de localisation qui n'ont généralement aucune utilité pour le diagnostic. Guidé par l'étude des phénomènes consécutifs à ces traumatismes expérimentaux que sont les interventions, Clovis Vincent a montré que l'essentiel était d'apprécier les troubles des fonctions du tronc cérébral et du 3e ventricule : conscience, respiration, circulation, déglutition, régulation thermique, etc.; mais si l'examen clinique permet de juger la gravité de l'état du blessé, bien souvent il ne décèle pas la cause des accidents et il faut presque toujours recourir à la trépano-ponction.

Deux des collaborateurs les plus distingués de Clovis Vincent se sont proposé d'exposer tout ce qui est indispensable aux médecins et aux chirurgiens pour décider de la conduite à tenir et pour agir dans les traumatismes cérébraux ou pour permettre à un sujet ayant des accidents menaçants au cours d'une tumeur cérébrale de gagner les quelques jours nécessaires à son envoi dans un service spécialisé. Une première partie, clinique, envisage les éléments du pronostic et du diagnostic d'intervention dans les urgences des traumatismes, des tumeurs et des encéphalites. Dans la seconde partie, technique, sont décrits d'abord la ponction ventriculaire, les trous de trépan explorateurs, le volet décompressif, puis le traitement des traumatismes fermés avec ou sans fracture, celui des traumatismes avec plaie, celui des fractures avec ouverture des cavités aériennes; un dernier chapitre est consacré aux soins médicaux des traumatisés et aux soins post-opératoires.

Clair, simple et précis, cet ouvrage permettra aux médecins et chirurgiens non spécialisés de bénéficier de la grande expérience acquise par les auteurs auprès du prof. Clovis Vincent.

LUCIEN ROUQUÈS.

La Confession d'un vieil homme du siècle (Souvenirs du temps et de l'espace), par CH. ACHARD. 1 vol. in-8° de 430 p. (*Mercure de France*), Paris, 1943.

Les hommes politiques, les conquérants, les artistes et les écrivains ont toujours pris plaisir à nous conter leur existence ; ils ont publié des mémoires et des confessions et ont laissé à la postérité des renseignements, des histoires ou des historiettes d'un intérêt indéniable. Les savants ont été plus réservés. Je crois qu'ils ont eu tort. Il est bon de faire connaître au grand public quels efforts ils ont accomplis, quels services ils ont rendus, quelles difficultés ils ont dû surmonter pour avancer de quelques pas dans la voie du progrès. Il faut donc féliciter M. Achard d'avoir fait paraître un ouvrage que liront avec autant d'intérêt que de profit les vieux qui aiment à revivre le passé, les jeunes qui du passé tirent des leçons pour l'avenir.

Nul n'était mieux qualifié pour accomplir une pareille tâche. Car à ses qualités scientifiques bien connues, Achard joint des qualités littéraires qu'ont pu apprécier tous ceux qui ont lu ses relations de voyages ou ses discours académiques.

Le livre qu'il vient d'écrire et que sur le conseil du professeur Binet il s'est décidé à publier de son vivant, comprend deux parties distinctes : la confession d'un vieil homme, dont l'esprit est toujours jeune, alerte et vigoureux ; la relation de nombreux voyages dans toutes les régions du globe. Car Achard a été un grand voyageur. Dès sa jeunesse il était un ardent alpiniste qui, sac au dos, faisait avec son ami Hartmann de difficiles et dangereuses ascensions. Plus tard il a fait le tour du monde, ce qui n'a pas suffi à son activité car il est retourné à maintes reprises en Orient et dans les Amériques; il a visité nos colonies, y a rempli d'importantes missions et, de ses nombreuses pérégrinations, il a rapporté une quantité imposante de documents qui lui ont servi à rédiger la deuxième partie de son livre, qui occupe 323 pages, soit les trois quarts du volume.

On trouve dans ces pages, si pleines de vie et de réalité, la description pittoresque et imagée des pays, l'exposé des mœurs et des organisations politiques ou scientifiques. On y trouve aussi une appréciation exacte du rôle considérable que jouent nos savants, les meilleurs propagandistes de l'influence française.

Non moins intéressant l'exposé des missions qu'Achard a remplies dans nos colonies ; on y apprend à mieux connaître l'effort de nos représentants pour civiliser les indigènes et à mieux apprécier les succès qu'ont remportés nos médecins dans la lutte contre les maladies parasitaires et infectieuses.

Sa dernière mission, Achard l'a accomplie en Guyane. C'était en 1939, au moment où la guerre éclata. Le retour en France fut difficile et dangereux sur le *Cuba* qui navigua, tous feux éteints, au milieu des sous-marins et, par un heureux hasard, arriva au Havre sans incident ; le voyage avait duré 37 jours ; dernier voyage... je n'en suis pas persuadé. Je crois bien qu'Achard ne désespère pas de repartir un jour ; mais, en attendant de s'embarquer, il a fait, nous dit-il, un autre voyage, un voyage autour de sa vie. La narration en remplit la première partie du volume et se termine par une page qu'on ne peut lire sans une réelle émotion. Achard entr'ouvre le jardin secret que tout homme cultive ou devrait cultiver. Il évoque les souvenirs du passé, fleurs flétries ou plantes vivaces et s'arrête un instant dans ce réduit caché où l'on peut attendre sans terreur l'appel de la mort. Lisez cette page où l'élévation des idées et des sentiments n'a d'égale que la beauté du style; elle mérite de trouver une place dans une anthologie des prosateurs français.

H. ROGER.

Les médicaments injectables (Préparation, Stérilisation, Indications. Posologie), 5e édition, entièrement refondue par A. LESURE et J. LAVAGNE, 680 p. (*Le François*, édit.), Paris, 1942.

La nouvelle édition, même refondue, d'un ouvrage connu ne nécessite généralement pas une longue présentation : le lecteur sait qu'il y retrouvera, développées sans doute, mais toujours limitées par leur cadre primitif, les mêmes matières. MM. Lesure et Lavagne ont rompu avec cette tradition : ils ont gardé à leur ouvrage son titre primitif, mais ils en ont étendu le sens et accru la substance.

Sans doute, la stérilisation des liquides injectables, objet initial du livre de M. Lesure, et sujet essentiellement pharmaceutique, y est-elle toujours traitée dans tous ses détails, avec une compétence accrue par l'expérience ; le texte s'est adapté à toutes les nouveautés, aussi bien celles qui concernent les médicaments que celles qui ont trait aux modes récents de stérilisation, tel l'emploi des rayons ultra-violets, objet des

recherches personnelles de M. Lesure. Mais les auteurs ont voulu enrichir leur ouvrage de notions particulièrement utiles aux médecins touchant l'action physiologique et l'utilisation thérapeutique (indication, posologie et mode d'emploi) des solutés injectables dans leur sens le plus général. La place qu'a prise de nos jours la forme injectable laisse tout de suite prévoir que ces notions réunies en un « formulaire » doivent occuper la majeure partie de l'ouvrage. Quelques chapitres ont reçu un développement spécial : ceux qui ont trait aux substances médicamenteuses dont la préparation sous la forme injectable nécessite des précautions spéciales : antisyphilitiques, anesthésiques locaux, sels de quinine et de morphine, produits opothérapiques, sérums et vaccins, etc...

Il semble assuré que cet ouvrage — véritable formulaire pharmaceutique et thérapeutique des liquides injectables — rendra aux médecins autant de services qu'il en a rendu, au cours d'une carrière assez longue, aux pharmaciens, et qu'un succès nouveau et croissant récompensera les auteurs de leur désir d'être utiles aux uns et aux autres.

René Hazard.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil National .

Le Conseil national rappelle qu'une Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers fonctionne au Conseil national depuis Décembre 1941. Elle s'occupe des médecins prisonniers et des médecins rapatriés, ainsi que de leurs familles.

Aux médecins prisonniers elle fait parvenir des colis, des livres, et attribue des prix pour récompenser les travaux scientifiques faits en captivité.

Ces fonds servent également à distribuer des allocations aux familles des médecins prisonniers et aux médecins retour de captivité afin de les aider dans leur réinstallation.

Enfin la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers a également le souci de faciliter aux confrères rapatriés la reprise de leur activité professionnelle, mais surtout elle s'efforce de trouver des situations aux confrères qui s'adressent à elle à leur retour de captivité.

Le secrétaire de la Commission est tous les jours à la disposition des confrères rapatriés et des familles des médecins prisonniers au siège du Conseil national, 60, bd de Latour-Maubourg.

La Commission se recommande à tous les médecins pour alimenter généreusement sa trésorerie.

***

Remplacements médicaux. — L'Office de documentation médicale professionnelle et de remplacement du Conseil National de l'Ordre, 60, bd de Latour-Maubourg, Paris, rappelle aux médecins, aux internes des hôpitaux nommés au concours, ainsi qu'aux étudiants ayant terminé leur scolarité, qu'il se tient à leur disposition pour des remplacements à Paris et en province, pour des périodes allant de quelques jours à la durée de l'occupation.

L'exercice de la radiologie reste interdite aux non-médecins (et aux *non*-dentistes en ce qui concerne les radiographies dentaires).

L'*Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés* communique :

« Le *Journal officiel* du 11 Janvier 1944 avait publié un arrêté du secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille qui donnait une liste d'actes dont l'exercice était désormais réservé aux personnes munies du diplôme de docteur en médecine. Parmi ces actes étaient compris la prise de la tension artérielle, les ponctions veineuses, l'injection intraveineuse, ainsi que l'*examen radioscopique* et *la prise de radiographie*.

Mais quelques jours plus tard, le 5 Février 1944, on pouvait lire dans le même *Journal officiel* un rectificatif publié par le même secrétariat d'État à la Santé et à la Famille et ainsi rédigé : « Supprimer le 2e paragraphe ainsi conçu : l'examen radioscopique et la prise de radiographie. »

Quelques médecins s'étaient émus après lecture de ce rectificatif et avaient cru pouvoir en conclure que l'exercice de l'électro-radiologie pouvait être pratiqué par des non-médecins.

Mais l'étude des lois en vigueur montre qu'il n'en est rien. L'exercice de l'électro-radiologie est toujours régi par la loi du 16 Mars 1934 ainsi conçue :

« Loi tendant à compléter l'article 16 du titre V de la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine : *Article unique :* L'article 16 de la loi du 30 Novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est complété par l'additif suivant : (exerce illégalement la médecine ou l'odontologie) « 2. Toute personne qui sera munie d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste en ce qui concerne l'odontologie pourra utiliser les rayons rœntgen dans un but de diagnostic et de thérapeutique. » Cette loi a été refondue dans la loi du 26 Mai 1941 et par conséquent confirmée par elle ; le 2e paragraphe de la loi du 26 Mai 1941 dispose en effet que « sera punie de sanction toute personne qui non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste utilisera les rayons rœntgen dans un but de diagnostic ou de traitement ».

En réalité le rectificatif du 5 Février 1944 avait été rendu nécessaire par le fait qu'en suivant à la lettre l'arrêté du 11 Janvier 1944 les chirurgiens dentistes n'avaient plus le droit d'exécuter les radiographies dentaires.

Il résulte donc que l'utilisation des rayons X en ce qui concerne la radioscopie et la radiographie reste rigoureusement interdite à toute personne non munie d'un diplôme de docteur en médecine (ou de chirurgien dentiste en ce qui concerne les radiographies dentaires).

Pour copie conforme : L. Delherm et R. Coliez.

LOI N° 715 DU 20 NOVEMBRE 1943 modifiant la loi du 21-XII-1941 relative aux Hôpitaux et Hospices publics

Art. 1er. — L'alinéa 2 de l'article 6 de la loi du 21 Décembre 1941 est modifié ainsi qu'il suit :

« Parmi les membres nommés par le préfet doivent obligatoirement figurer deux délégués choisis sur une liste de présentation établie par le Conseil municipal et comprenant un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir, un médecin désigné par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et un représentant des Caisses d'assurances sociales présenté par le directeur du service régional des Assurances sociales après accord avec le président du Conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses non agricoles et le président du Conseil d'administration de la Caisse centrale de secours mutuels agricoles. »

(*J. O.*, 25 Février 1944.)

Université de Paris

Vacance de Chaire. — La *chaire d'hygiène* de la Faculté de Médecine (dernier titulaire : M. Tanon, retraité) est déclarée vacante. Un délai de 20 jours, à dater du 12 Mars, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Saint-Louis. — Le Prof. Gougerot continuera ses cliniques à l'amphithéâtre Louis-Brocq, à 10 h., le mercredi (leçon pratique) et le vendredi (présentation de malades). Sujet : Le traitement des grandes dermatoses ; l'indispensable en dermatologie. Consultation de la Porte à 9 h. les mardis. Physiothérapie et petites opérations à 9 h. les mercredis, salle Dominici, pavillon Bazin.

Les leçons du mercredi soir et les jeudis de la clinique de Saint-Louis et les 3 cours de perfectionnement reprendront dès que les circonstances le permettront.

Un *Cours de vacances de pratique obstétricale* (Prof. Lantuéjoul) commencera le 1er Avril et comprendra des leçons cliniques, théoriques et pratiques qui seront faites à la clinique Tarnier. Droits, 300 fr. à verser au Secrétariat de la Faculté.

Universités de Province

Faculté de médecine de Lille. — Personnel auxiliaire. — Sont nommés pour 1943-1944 :

I. *Assistant stagiaire :* Chimie minérale et Toxicologie, M. Dequidt. — II. *Assistants délégués :* Physiologie, M. Legillon ; Hydrologie, M. Paris ; Chimie organique, M. Soleil ; Anatomie pathologique, Mlle Cornillot. — III. *Chargé des fonctions d'assistant :* Pathologie interne et expérimentale, M. Héraud. — IV. *Sous-directeur de clinique dentaire :* M. Bertin. — V. *Chefs de laboratoires :* Clinique psychiatrique, M. Vullien ; Clinique médicale, M. Houcke ; Pharmacien, M. Lefebvre. — VI. *Chefs de cliniques :* Clinique chirurgicale La Charité, M. Vandecasteele ; Clinique médicale Saint-Sauveur, M. Merlen ; Clinique chirurgicale La Charité, M. Lainé ; Clinique chirurgicale infantile, M. Watel. — VII. *Moniteurs de cliniques :* Clinique chirurgicale La Charité, M. Renard ; Clinique chirurgicale infantile, M. Groult. — VIII. *Aides de cliniques :* Clinique des maladies des voies urinaires, M. Patoir ; Clinique médicale Saint-Sauveur, M. Lorriaux. — IX. *Préparateurs :* Chimie organique, M. Nicodème ; Pharmacie, Mlle Ghislain ; Médecine légale, MM. Marchand et Guidoux ; Clinique médicale Saint-Sauveur, M. Gineste ; Anatomie pathologique, M. Tissier.

Personnel auxiliaire non rémunéré. — *Moniteurs de cliniques :* Clinique des maladies de l'appareil digestif, M. Willems. — *Préparateurs :* Médecine légale, MM. Groult Tissié et Goudemand ; Pharmacie galénique, MM. Dupont, Solasse et Rivière.

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire de physiologie organise à l'amphithéâtre de Physiologie, le jeudi à 17 h. comme l'année dernière, une série de 7 conférences portant sur divers sujets de Physiologie : Le choc. Physiologie du choc (Prof. Chailley-Bert) ; Le choc traumatique et le choc chirurgical (Prof. Chalnot) ; Les modifications histologiques apportées par le choc (Prof. Florentin) ; Les thérapeutiques par le choc (Prof. Simonin) ; L'équilibration (Prof. agr. Grandpierre) ; Les facteurs de croissance (Prof. Caussade) ; Physiologie de l'âge mûr (Prof. Merklen).

Concours et places vacantes

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris (1 place). — M. Loiseau a été nommé.

Assistants en Chirurgie des Hôpitaux de Paris (5 places). Sont nommés : MM. Olivier Monod, Barcat, Debeyre, Adam, Lascaux.

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris (1er concours 1944) : 1 place. — *Tirage au sort du jury :* MM. Baumgartner, Cadenat, Redon, Charrier, J. Berger, Funck-Brentano, Sénèque, Huet, Bazy, Aurousseau. — Médecin : M. Léchelle.

Attaché d'électro-radiologie des Hôpitaux de Paris (concours spécial pour prisonniers libérés). — M. Dramez a été nommé.

— Concours pour 8 places au maximum : *Jury définitif :* MM. Delherm, Lepennetier, Thoyer-Rozat, Surmont, Devois, Stuhl, Humbert.

Assistant d'électro-radiologie et électro-radiologiste des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour 8 places d'assistant d'électro-radiologie sera ouvert le 3 Mai 1944.

Les concours d'électro-radiologistes des Hôpitaux seront successivement ouverts à l'issue du concours d'assistant.

Inscriptions reçues 3, avenue Victoria, du 6 au 17 Avril 1944.

Assistanat en médecine du service de Santé. — Les internes sont informés que, à titre de mesure transitoire, un seul certificat d'enseignement scientifique sera exigé au prochain concours qui aura lieu fin 1944.

Pour les concours ultérieurs les candidats devront justifier de 2 des 4 certificats : bactériologie, anatomie pathologique, chimie biologique, physiologie et pathologie expérimentale.

Chacun des certificats suivants des licences de sciences : physiologie générale, chimie biologique, chimie générale, physique générale, biologie générale, sera admis à équivalence avec l'un des certificats précités.

Inspection de la Santé

— M. Petit, médecin inspecteur de la Santé des *Bouches-du-Rhône*, est mis en disponibilité, pour convenances personnelles, à compter du 1er Mars 1944.

— M. Mitelette, médecin inspecteur adjoint de l'Aisne, est chargé de mission dans le département de la *Somme*.

Nouvelles diverses

Le *Cours de Virologie Médicale* (Principales maladies provoquées par les ultra-virus) fait par M. Levaditi aura lieu à l'Institut Alfred-Fournier les lundi et vendredi à 17 h., au lieu de 15 h.

Services médico-sociaux de la main-d'œuvre. — Un décret n° 651 du 7 Mars 1944 (*J. O.*, 10 Mars 1944) vient de fixer le statut et les conditions de rémunération du personnel des services médico-sociaux de la main-d'œuvre. Les médecins seront rémunérés à la vacation.

Le docteur J.-M. Giry est nommé médecin inspecteur général de la Main-d'Œuvre et chargé de la direction des services médico-sociaux.

UMFIA. — Un grand nombre de médecins et amis des Drs Dartigues et Bandelac de Pariente se sont trouvés réunis à la messe-souvenir célébrée à leur intention le 23 Février, témoignant ainsi à quel point le monde médical sait demeurer fidèle à de grandes mémoires et à de grandes idées. Reconnu au premier rang de l'assistance : S. E. le Consul d'Espagne, Mme Tournon-Branly, Mme la générale Boquet, M. Dalby.

La Fondation pour l'avancement dans la recherche de l'encéphalite à l'Université de Berne a pour but de récompenser par un prix les travaux sur l'encéphalite léthargique qui contribuent d'une façon importante aux progrès de son diagnostic et de sa thérapeutique.

Le prix est d'au moins 1.000 francs suisses. Les concurrents doivent s'adresser au doyen de la Faculté de Médecine de Berne.

Caisse d'assistance médicale de guerre. — L'Association générale des médecins de France, 60, bd de Latour-Maubourg, Paris-7e, recommande d'urgence aux confrères généreux sa Caisse d'assistance médicale de guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement (C. C. P. : Paris 186-07).

Elle remercie vivement les nombreux confrères qui ont répondu si largement cette année à ses appels et ont permis soit d'envoyer aussitôt des subsides aux confrères infortunés, soit d'attribuer aux familles quelques mensualités réconfortantes.

Le Comité d'organisation des maisons de santé privée vient de signer avec la Caisse mutuelle de Prévoyance de la S. N. C. F. pour toute la France une convention-type pour les soins en maisons de santé de chirurgie. Cette convention est la reproduction de la convention-type déjà signée avec la Fédération nationale des Caisses chirurgicales mutualistes, la Caisse centrale des Assurances sociales agricoles et plusieurs Unions régionales de Caisses d'Assurances sociales.

Direction du service de santé des colonies. — Un arrêté du 1er Février 1944 réorganise la direction du Service de Santé des Colonies et fixe les attributions des différents bureaux.

(*J. O.*, 29 Février 1944.)

Femmes de médecins qui êtes en état de grossesse ou qui avez un enfant malade ou nettement sous-alimenté. — Envoyez à *Médecine et Famille*, 28, place St-Georges, Paris-9e, une note de votre main attestant l'un de ces trois cas avec toutes précisions utiles (taille, poids, coefficient de Pignet). Dites la composition de votre famille. Vous pourrez éventuellement bénéficier d'une denrée hydrocarbonée (2.000 calories par boîte).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame Léon Ghys-Delvaulx ont le plaisir d'annoncer l'heureuse naissance d'une fille, *Lauranne*. (Anvers, le 16 Décembre 1943.)

— Le docteur et Madame Liscoët sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Luc*. (Vannes, le 10 Février 1944.)

— Françoise Grange a la joie de faire part de la naissance de ses petits frères *Hubert* et *Jean-Marie*. (De la part du docteur et de Madame Grange, Angers [Maine-et-Loire], le 9 Février 1944.)

— Le docteur et Madame Jacques Jaupitre sont heureux

de faire part de la naissance de leur 3e fille, *Ghislaine*. (Châtillon-Coligny [Loiret], le 13 Février 1944.)

— Marie-Claude, Yves et Colette PERROSSIER ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Geneviève* (Champaissant [Sarthe], le 2 Février 1944.)

— Le docteur HENRI DIEUDONNÉ et Madame, née Sabine de Boissieu, ont le plaisir de faire part de la naissance de leur 3e enfant, *Hélène*. (Beaulieu-sur-Mer, le 20 Février 1944.)

— Philippe et Catherine GROSSIORD ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère, *Jean-Louis*. (De la part du docteur GROSSIORD, Paris, le 18 Janvier 1944.)

— Le docteur et Madame GRIMBELLE sont heureux d'annoncer la naissance de leur 2e enfant, *Alain*. (Hôpital de Girac [Charente], le 9 Février 1944.)

— Le docteur et Madame JEAN FALLOURD sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Aimée*. (Mézidon, le 5 Décembre 1943.)

— Isabelle et Micheline GARDÈS ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-Christine*. (De la part du docteur GARDÈS, Cannes, le 2 Février 1944.)

— Le docteur et Madame LE JEMTEL sont heureux de faire part de la naissance de leur 9e petit enfant, *Anne*, fille de M. Yves Le Jemtel, secrétaire général de la Vienne et de Madame, née de Limairac.

— Chantal et Thérèse GOUNELLE sont heureuses d'annoncer la naissance de leur petit frère *Paul-Emile*. (Paris, 31 Janvier 1944. De la part du docteur et Madame Hugues GOUNELLE.)

— Le docteur et Madame A.-R. SALMON sont heureux de faire part de la naissance de leur 7e enfant, *Marie-Laure*. (Paris-16e, 49, avenue Raymond-Poincaré, le 27 Janvier.)

— Solange, Ghislain, Claude, Bernard et Jacques DE LANGRE sont heureux de faire part de la naissance de leur petite sœur, *Marie-Françoise*. (Le Mans, 5 Janvier 1944.)

— M. TEYSSONIÈRE DE GRAMONT et Madame le docteur, née Nicole DU PASQUIER, sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils, *Bertrand*. (Saint-Léger [Lot-et-Garonne].)

— Le docteur et Madame JULIEN LAMORIL ont la joie d'annoncer la naissance de leur 8e enfant, *Jean-Luc*. (Saint-Pol-sur-Ternoise, 22 Février 1944.)

Mariages.

— On annonce le mariage de Monsieur ROLF SCHELLENBERG (de Strasbourg-Clermont-Ferrand), étudiant en médecine, interne au sanatorium d'Oussoulx, avec Mlle Maria Reichert.

— On annonce le mariage du docteur EMILE NOËL, de Paris, avec Mademoiselle Paulette Janier.

— Le docteur et Madame CHARLES DÉVÉ, de Paris, ont l'honneur de faire part du mariage de leur fille Hélène avec le docteur Louis BROCHARD, interne de l'hôpital de Versailles.

— On annonce le mariage du docteur JEAN ARRIGHI DE CASANOVA, médecin assistant au sanatorium de La Guiche (S.-et-L.), avec Mademoiselle Françoise DECARPENTRY.

Décès.

On annonce le décès, à Paris, du professeur PAUL RUDAUX, professeur honoraire à la Maternité; du docteur SERGE HUARD, ancien ministre, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris; du docteur GASTON DURAND, ancien interne des hôpitaux de Paris; du docteur PARIOT et du docteur GEORGES FORGEOT.

— On annonce, à Paris, le décès, le 13 Février, du docteur NOËL BONNET, frère du Prof. agrégé H. Bonnet.

— On annonce le décès du docteur KLEINKNECHT, chirurgien de l'hôpital Hasenrain, Mulhouse.

— On annonce le décès du docteur NICOLAS SOUYOULTZIS, de Boucé (Orne).

— Le docteur ANDRÉ BOULAY et Madame ont la douleur de faire part de la perte de leur fils *Alain*, âgé de 3 mois. (Monrceau-les-Mines, 28 Février 1944.)

— Le docteur MARCEL RAYNAUD, de Marseille, nous prie d'annoncer le décès de son fils *André-Jacques*, survenu à Zarzis (Tunisie), en Septembre 1943.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 1er MARS. — M. Moreau : *A propos d'un cas d'état infectieux prolongé avec embolies chez une mitrale ayant débuté par une hémorragie méningée et terminé par la guérison apparente*. — M. Le Moal : *Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent*. — Mlle Hayot : *A propos des indications opératoires au cours des avortements compliqués*.

VENDREDI 3 MARS. — M. Roy : *Le rhumatisme ovarien. Etat actuel de la question*. — M. Pointeau : *Le rétablissement immédiat de la continuité intestinale par invagination colo-rectale sur drain*. — M. Delor : *Contribution à l'étude de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus dans les prolapsus génitaux*.

MERCREDI 8 MARS. — M. Champeau : *Essai d'interprétation des tumeurs à myéloplaxes*. — Mme Barré : *Contribution à l'étude des neurinomes intrathoraciques*. — M. Deguillaume : *Contribution à l'étude du traitement conservateur des hydronéphroses*. — Mme Salmon : *Les kystes hématiques pleuro-pulmonaires*.

JEUDI 9 MARS. — M. Clostre : *La saponine du Gaïac. Son action sur le métabolisme du cholestérol*. — M. Laurent : *Le cristal violet dans le traitement de l'oxyurose*. — M. Horande : *Contribution à l'étude des troubles endocriniens au cours des psychopathies*. — M. Bouvot : *Le problème de la stérilité sans obstacle tubaire*.

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MERCREDI 1er MARS. — M. Payart : *La fièvre vitulaire chez la truie*. — M. Valin : *L'actinomycose bovine. Essais de traitement par les sulfamides*. — M. Vincent : *« Brucella abortus bovis » dans quelques maux de garrot et de nuque*.

Toulouse

THÈSES SOUTENUES EN 1943.

M. M. Ortholan : *Contribution à l'étude des variations de la glycémie au cours de l'exercice musculaire*. — M. A. Guilleman : *Maladie de Darier à topographie radiculaire*. — M. J. Millet-Lacombe : *Contribution à l'étude de l'exploration fonctionnelle du pouvoir anti-toxique du foie par l'étude de la traversée du sulfate de quinine de Salvatore Miano*. — M. R. Bourdettes : *Contribution à l'étude des éléments figurés du sang pendant l'exercice musculaire*. — M. P. Gouzy : *Recherches expérimentales sur le rôle du ganglion stellaire et de la chaîne thoracique haute dans la vaso-motricité du membre supérieur*. — M. R. Peyre : *Manifestations cliniques des hernies épigastriques*.

THÈSES VÉTÉRINAIRES 1943.

Mlle Huguette Bireaud : *Etiologie de l'ascite chez les carnivores domestiques*. — M. J. Bouyé : *De la tuberculose de l'œil chez les animaux domestiques*. — M. A. Renault : *La tuberculose du chat*. — M. J. Sérée de Roch : *La production et l'industrie laitière dans le Saint-Gironnais en 1938*. — M. H. Aimé : *Les laiteries beurrières coopératives de l'Ouest de la France*. — M. P.-F. Brocas : *Etude sur l'élevage de l'oie et la production des foies gras dans le département du Gers*. — M. G. Triquet : *Le dogue de Bordeaux*. — M. E. Lagacherie : *Viandes de coloration anormale*. — M. E. Delfosse : *Le p-amino-benzène sulfo-thio-urée en thérapeutique vétérinaire*. — M. J. Delbos : *La rage, maladie de l'animal transmissible à l'homme*. — M. P. Richelle : *Contribution à l'étude de la tauromachie dans le Sud-Ouest de la France; ses origines à nos jours*. — M. P. Baude : *La polypeptidémie chez les animaux domestiques*.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Dés. achet. app. métab. bas. Plantefos ou Benedict. *P. M.*, 450.

Visiteur médical, bon. références, ch. à s'adjoindre Labo pour secteur Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 458.

Etud. dern. an. de scolar., tr. au cour. rempl., ch. assist. Dr surch. ou remplacement toutes durées, zone sud, ou tout autre empl. Ecr. *P. M.*, n° 499.

Sté dem. représent. rég. pr appar. à plâtrer bandes orthop. Office Trav. Clermont-Ferrand, pl. Sugny. Visa 07493.

A vendre salon soierie, piano noyer, baignoire neuve émail. Convient à Dr. Ecr. *P. M.*, n° 515.

Demande place inf. chef clinique, bonnes référ. et capacités. Nicot, 22, rue Concorde, Asnières.

Etudiant en méd. 4e an., ch. pl. interne ou occup. dans clin. ou auprès Dr. Ecr. *P. M.*, n° 520.

A vendre microscope Lemardeley ét. neuf, 4 objectifs dont 1 immersion 1/15; 3 oculaires. Ecr. *P. M.*, n° 523.

Jne méd. lic. ès sc., actif, célib., aim. déplacem., ch. poste visiteur médic. prod. pharm. Ecr. *P. M.*, n° 530.

Jne médecin O.-R.-L. et Ophtalmo, ay. titres hospitaliers, ch. rempl. ou de préfér. pl. d'assist. près confrère Paris ou prov. Ecr. *P. M.*, n° 534.

A vendre : 1° microscope bactériol. 4 obj. dont 1 imm., 3 ocul. platine régl. parf. ét.; 2° gde lampe à ray. U.-V. allum. moderne 500 w., cour. altern. 110/220. Ecr. *P. M.*, n° 541.

Bonne secrét. non recens. demandée par import. Labo, Sptés pr apr.-midi seulem. S'adress. Serv. des Employés, 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa 07.549.

A vendre : trousse chir. milit. « Windler », ét. pr neuf, compl. S'ad. C.M.M. de Bruyn, ch. M. Laporte, coif., Gradignan (Gir.).

Visiteur intr. rég. S.-O., rech. Labos 1 à 2 prod. *P. M.*, 553.

Recherche *Conférences de Clinique médicale*, de Louis Ramond. Ecr. *P. M.*, n° 556.

Dame meil. réf. ch. trav. machine et empl. ch. Dr ou dent., récept. client., courrier, etc. Tél. Ség. 31-20 jusq. 15 h.

Médecin actif ch. remplacem. lgue durée ou assist. confr. surch., camp. ou pte ville Sud-Ouest ou Centre. Ecr. *P. M.*, 558.

Docteur cherche remplacement, place assistant clinique ou maison de santé. Ecr. *P. M.*, n° 559.

Infirmière, 7 ans dispensaire, 9 mois assistante radio, dactylo, tr. bonne éducat., ch. sit. auprès Dr spécialiste pour enfants, de préfér. demi-journée. Ecr. *P. M.*, n° 560.

A vendre Remington portat., clavier allem. Ecr. *P. M.*, 561.

J. f. dipl. puér. ch. empl. ds fam. ou pouponnière. Laborde, chez Strauss, rue Galliéni, Périgueux (Dordogne).

Centre Médico-Social d'entreprise recherche balance médicale, table gynécologique et toise. Faire offre à M. Conti, C. O. f. C., 92, av. des Champs-Elysées (Balzac 19-87).

Dame sér. act., mil. médic., instr. sup., ch. représ. pr. pharmac. Paris et banlieue. Ecr. *P. M*, n° 565

Recherche appareil de Küss et étuve électrique laboratoire. Ecr. *P. M.*, n° 566.

J. femme déjà occupée 3 apr.-midi par sem. ch. Dr gyn., ch. empl. pr 3 autres apr.-midi, assistante ou aide Dr ou Labo recherches. Ecr. *P. M.*, n° 567.

A vendre 2 écrans radioscopiques au fluorure de baryum, 12 lampes négastoscope 10-80 w. neuves. Ecr. *P. M.*, n° 568.

Jeune fille distinguée, bon. instruc., ch. empl. assistante dans import. cabinet dent. à Paris. Possède excel. référ. empl. simil. Ecr. *P. M.*, n° 569.

Cherche Photomètre Vernes, Bricq et Yvon. Ecr. *P. M.*, 570.

Poste médical à céder petite ville de l'Eure, raisons de santé. Ecr. *P. M.*, n° 571.

J. femme présentant bien, un peu laborant. et secrét., ch. empl. laborat. recherches. Ecr. *P. M.*, n° 572.

Médecin ferait remplacements ou aiderait confrère fatigué à partir du 1er Mai. Ecr. *P. M.*, n° 573.

Sage-femme, plus. années prat. chef de service clinique accouchem., ch. situat., préf. assistance Dr. Ecr. *P. M.*, n° 574.

Dr. cinquant. ch. situation visiteur médical Paris, région de préférence. Ecr. *P. M.*, n° 575.

Infirmière manipulatrice sténo-dact., logée, est demandée pr cabinet d'électro-radiologie de ville de province proche Paris. Office du Travail de Blois, 60, r. du Bourg-Neuf. Visa 07.377.

Secrétaire médicale cherche emploi. Ecr. *P. M.*, n° 577.

Microscope Siebert à vendre, platine et chariot tr. bon fonctionn., 3 oculaires, 4 objectifs dont 1 à imm. hom. parfait état. Ecr. *P. M.*, n° 578.

Emploi vacant pour infirmières diplômées d'Etat au sanatorium de Ponteils (Gard). S'ad. au directeur. Visa O.B.T., 256.

Sténo-dactylo exp., 4 ans labo, ch. emploi. Ecr. *P. M.*, 580.

Confrère sinistré cche appart. 3 à 5 p. Paris. Pourrait donner en éch. 2 p., cuis., bains, Ternes. Ecr. *P. M.*, n° 581.

Vends C. intér. 4 pl. Renault Celtaquatre état neuf; pneus 130×40, jambières moto. Ecr. *P. M.*, n° 582.

Achèterais clinique Paris. Ecr. *P. M.*, n° 583.

Médecin, 30 ans, cherche cession clientèle ou remplacem. lgue durée, de préfér. région Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 584.

Infirmière manipulatrice radiologie, tr. expérimentée, dact., cherc. place chez radiologue. Ecr. *P. M.*, n° 585.

Table d'examen à vendre. Ecr. *P. M.*, n° 586.

A vendre appareil radiologique Massiot PV2 1935, châssis vertical, excellent état. 50 milli, 90 kw. Ecr. *P. M.*, n° 587.

Recherche électrocardiographe. Ecr. *P. M.*, n° 588.

Chirurgien de province cherche assist. anc. int. de Paris (chirurgie géné., urologie, obstétrique). Ecr. en envoy. *curriculum vitæ* et prêt. à Serv. des Techniciens, 2, cité Milton, Paris.

Spécialiste recherche direction publicité, documentation technique, bibliographie pr Labo spécialités. Ecr. *P. M.*, n° 590.

Chef-lieu du Sud-Ouest, local médical av. matériel médecine générale à céder, cause décès. Ecr. *P. M.*, n° 591.

Infirmière dipl. C.-R. F., 15 a. prat. ex-gérante clin., au cour. s. o. stérilis., manipul. radio, secrét., stén.-dact. ch. sit. stable ch. Dr, Labo ou direct. clin., bon. réf. Ecr. *P. M.*, 592.

Médecin, certificat radiologie, ch. poste assistant ou rempl. radiologie Paris ou Sud-Est, pouv. envisager succession. Ecr. *P. M.*, n° 593.

Sur avenue, pr. Denfert-Rochereau, boutique et appartem. 8 p. attenant pr Laborat. pharm. ou médic. Suf. 37-52 av. 9 h.

Jne Dr., anc. interne, désir. se perfect. en chirurgie, ch. place assist. ds clin. ou mais. de santé. Ecr. *P. M.*, n° 595.

Jeune femme, secrétaire médicale, recherche situation demi-journée. Tél. Danton 45-45.

Poste ionisation Duphot, à vendre, 1.200 fr. Ecr. pr rendez-vous à M. Gaudon, 105, r. Damrémont, Paris-18e.

A vendre microscope Leitz monoculaire, tr. bon état, 4 obj. dont immersion 1/12, 4 ocul., chariot mouvements rectangulaires. Ecr. *P. M.*, n° 598.

A céder, raison de santé, poste médecine générale, département Nord. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 599.

Jne fille, 30 ans, sténo-dactylo, infirmière Croix-Rouge, ch. place secrétariat médecin ou clinique. Ecr. *P. M.*, n° 600.

Biochim. expérim. cherche collab. av. médecin ou pharmac. possédant laboratoire d'analyses médicales. Ecr. *P. M.*, n° 601.

Médecin propharm., rég. strictem. agricole, 80 *km*. Paris. Tr. gr. rapp. A céder av. installat. et mobil. Px une année. Mais. tt confort. Loyer 8.000 comptant. Ecr. *P. M.*, n° 602.

J. femme très au courant stérilisation, réception clientèle, ch. place ch. dentiste, médecin ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 603.

Laboratoire Hinglais, 30, rue Miromesnil, Paris, rech. vénules tous modèles pour prélèvements.

J. f. ext. hôp. fin scol., cherche rempl. médec. toutes régions, durée vac. Pâques. Ecr. *P. M.*, n° 605.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'HYPERTONIE BILIAIRE RÉFLEXE

PAR MM.

Pierre BROCQ, Guy ALBOT, Félix POILLEUX et Henry LIBAUDE

Peu à peu, les dystonies biliaires se dégagent du cadre des affections organiques des voies biliaires. Le tubage duodénal et la cholécystographie entre les

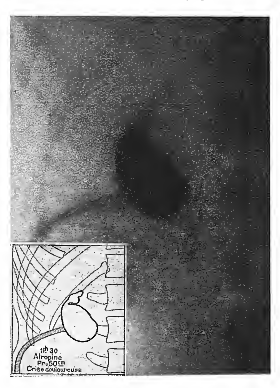


Fig. 1. — 11 h. 30. Pression : 50 cm. d'eau. La malade accuse une crise douloureuse violente sous-costale droite avec irradiation douloureuse dans l'épaule droite. La vésicule et les premiers segments de la valvule de Heister sont distendus par le ténébryl. Aucun passage par le cystique.

mains de Chiray et Pavel, la cholangiographie et les expériences sur l'innervation biliaire de Mallet-Guy et ses collaborateurs, la radiomanométrie biliaire mise au point par Bergeret, Caroli et Debouvry ont beaucoup accru nos connaissances sur ce point. Nous apportons ici une observation d'hypertonie biliaire qui nous paraît constituer un fait nouveau :

Observation. — Mlle Fuc... Jacqueline, 17 ans, présente depuis dix ans des douleurs quotidiennes de la fosse iliaque droite qui ont motivé, sans résultat, une appendicectomie en 1935. Des vomissements de bile calment la douleur.

En Octobre 1942, palpation douloureuse nette de la fosse iliaque droite ; pas de douleur vésiculaire ; quelques poussées de fièvre à 39°. Pas d'image radiologique de calcul ; vésicule bien opacifiée ; léger dolichocôlon sigmoïde ; cæcum, côlon ascendant et transverse droit floconneux. Diagnostic : *stase intestinale et côlite droite avec dyspepsie gastrique réflexe.*

En Décembre 1942, douleurs violentes et, pour la première fois, irradiations ascendantes vers l'épaule droite qui interdisent de lever le bras droit. Le diagnostic de *cholécystite catarrhale* ayant été envisagé, la malade insiste pour être opérée. *Intervention chirurgicale* le 18 Janvier 1943 (Prof. Brocq) : aucune anomalie sur les voies biliaires ; cholécystostomie. La bile s'écoule régulièrement à la quantité de 100 cm^3 par jour pendant six jours, puis de 30 cm^3 les jours suivants. La malade cesse absolument de souffrir et de vomir.

Le 3 Février 1943, exploration radio-manométrique biliaire au ténébryl B. — 11 heures : remplissage sans incident de la vésicule biliaire à la pression de 25 cm. d'eau, pression à la limite de la normale ; la pression est, alors, progressivement augmentée ; à 40 cm. d'eau, aucun passage cystique ne se produit et la malade accuse un léger malaise et une douleur sous-costale droite. — *11 h. 10:* malgré l'injection de 3/4 de milligtamme de sulfate d'atropine et l'élévation de la pression à 50 cm. d'eau, aucun passage ne se produit ; mais à 11 h. 15 crise douloureuse violente avec irradiation dans l'épaule droite qui arrache des cris à la patiente. — *11 h. 30 :* la douleur persiste sans passage cystique (fig. 1) ; on abaisse la pression à 15 cm. d'eau et la douleur cesse. — *11 h. 40 :* à la même pression de 15 cm. d'eau, inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle : en quelques secondes, remplissage du cystique, du cholédoque, d'une partie des voies biliaires intrahépatiques et passages dans le duodénum, cette pression de 15 cm. d'eau étant suffisante pour forcer le sphincter d'Oddi (fig. 2). La morphologie des voies biliaires apparaît normale. La pression est alors élevée à 20 cm. d'eau : la douleur et le malaise réapparaissent quoique moins marqués. On redescend à 15 cm. d'eau : la douleur cède et les rares passages duodénaux se poursuivent. — *11 h. 55 :* à 15 cm. d'eau les passages duodénaux ont cessé ; cholédoque vide ; la vésicule reste injectée (fig. 3).

Suppression de la sonde le 9 Février 1943. Le 14 Février, crise douloureuse violente sous-costale droite, durant un quart d'heure, avec nausées et clocher thermique à 38°5. Le 19 Février, nouvelle crise douloureuse sans fièvre. La malade a constamment des nausées et vomit souvent après les repas. Le 9 Mars 1943, sensibilité très vive à la palpation de tout le côlon droit.

Traitement par gluconate de calcium atropiné intraveineux, teinture de belladone et ferments lactiques. En quatre jours, les nausées et les vomissements disparaissent définitivement et le côlon droit n'est plus douloureux.

En Septembre 1943, exploration fonctionnelle du système neuro-végétatif : Réflexe oculocardiaque (fort) : avant, 80 ; après, 50. Réflexe solaire (subnormal) : avant, 80 ; après, 108. Epreuve de Danielopolu (normale) : Suppression du réflexe orthostatique avec 1 mg. 5 de sulfate d'atropine ; tonus sympathique, 124 ; tonus vagal, $124 - 80 = 44$.

Pendant un an la malade ne ressent aucun trouble ; selles régulières et engraissement de plusieurs kilogrammes. Avant le traitement la malade n'avait jamais présenté une accalmie semblable pendant plus de quinze jours. Après un an, quelques nausées, quelques vomissements sans douleurs, une douleur cœcale provoquée ont traduit à deux reprises une rechute de typhlite légère.

*
* *

L'hypertonie biliaire s'est révélée par des douleurs rappelant la colique hépatique, disparues à la suite d'une cholécystostomie et réapparues après suppression de la dérivation biliaire. La radiomanométrie biliaire a permis de la mesurer et de préciser son caractère segmentaire, cystique. En effet, alors que normalement la résistance du sphincter vésiculaire est vaincue à une pression de 25 cm. d'eau, elle n'a pu l'être ici, même après une injection sous-cutanée d'atropine, par la pression considérable de 50 cm. d'eau. Celle-ci détermina de violentes douleurs et des nausées que la malade, spontanément, *dit ressembler exactement aux douleurs qui l'ont amenée à consulter.* Le nitrite d'amyle fit cesser le spasme pendant un quart d'heure et, à une pression de 15 cm., l'injection des voies biliaires les montra anatomiquement normales ; puis la contracture reparut. Les voies biliaires principales se vidèrent alors rapidement dans le duodénum, ce qui semble exclure la possibilité d'une contracture du sphincter d'Oddi.

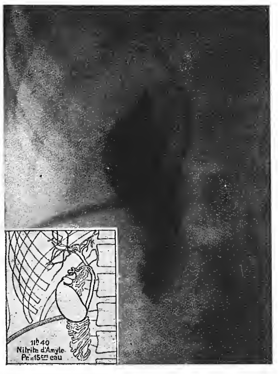


Fig. 2. — 11 h. 40. Pression 15 cm. d'eau. La douleur a cessé. On fait inhaler à la patiente une ampoule de nitrite d'amyle. En quelques secondes, le ténébryl passe dans le cystique, le cholédoque, le sphincter d'Oddi et le duodénum et injecte les voies biliaires intrahépatiques. Le trajet intramural du cholédoque est malheureusement masqué sur le cliché par le bas-fond vésiculaire : radioscopiquement il était normal.

Cette hypertonie segmentaire du col vésiculaire et du cystique mérite d'être confrontée avec les autres variétés connues actuellement de *dystonies biliaires.*

L'atonie biliaire est un syndrome classique. Caractérisée par des troubles torpides et durables, sans grands accidents paroxystiques, la *cholécystatonie de Chiray et Pavel* en est l'expression la plus typique : la lourdeur sous-hépatique, les pesanteurs post-prandiales, la migraine biliaire, les vomissements bilieux, les troubles généraux et psycho-dépressifs en sont les symptômes classiques ; l'aspect radiologique de la vésicule est atone ; à l'épreuve de Metzer-Lyon la réponse vésiculaire est souvent différée et ramène une bile B anormalement abondante et colorée, qu'il ne faut pas confondre avec les autres « biles noires » qui peuvent être d'origine hépatique. Dans le même cadre entrent des syndromes segmentaires comme la dilatation idiopathique du cholédoque et l' « insuffisance » du sphincter d'Oddi. Toutefois, l'aspect clinique et biologique de ce syndrome bien limité par Chiray et Pavel est trop souvent confondu avec celui d'autres dystonies biliaires, atrocement douloureuses, où la vésicule se rétractait parfaitement sous l'écran et présentait des dimensions anatomiques normales (Chabrol et Busson) : ces cas ne réalisent absolument pas le tableau de la cholécystatonie et semblent bien devoir entrer dans le cadre des hypertonies biliaires.

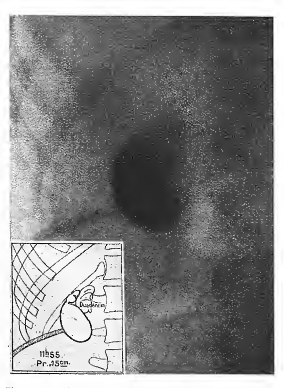


Fig. 3. — 11 h. 55. Pression 15 cm. d'eau. Le spasme cystique a reparu. La vésicule est distendue mais aucun passage ne s'observe dans le cholédoque. Celui-ci s'est vidé dans le duodénum dont le *genu superius*, tout contre le confluent cysticocholédocien, contient encore un peu de substance opaque.

Nous connaissons encore mal l'*hypertonie biliaire* dont le cadre est appelé à s'élargir. Ici, il ne s'agit pas d'une affection torpide et permanente, mais bien d'accidents plus violents : syndromes vésiculaires déclenchés par des lésions de la voie principale, syndromes algo-fébriles cholédociens, spasmes du sphincter d'Oddi au cours de la lithiase vésiculaire ou survivant à l'intervention. Il faut y ajouter l'*hypertonie biliaire essentielle,* observée en dehors

de toute lithiase ou lésion biliaire apparente et dont nous commençons à entrevoir l'importance. Notre observation d'hypertonie segmentaire du col et du cystique en est un des rares exemples indiscutables.

* * *

Quel a été, ici, le rôle du système neuro-végétatif et plus particulièrement des deux systèmes régulateurs : sympathique et pneumogastrique ? On sait, avec Mallet-Guy et Guillet, que l'hypersympathicotonie engendre l'atonie biliaire avec stase vésiculaire et que l'hypervagotonie détermine l'hypertonie avec accélération du transit biliaire. Les heureux résultats de la splanchnectomie sur la cholécystatonie étayent ces acquisitions physiologiques. On pourrait donc penser que le spasme cystique constaté chez notre malade avait été conditionné par une hypertonie vagale. Il ne le semble pourtant pas. L'exploration fonctionnelle du système régulateur neuro-végétatif, pratiquée il est vrai tardivement, n'a mis en évidence qu'une très légère hypertonie vagale, bien voisine de la normale et qui ne saurait expliquer des accidents semblables.

Mais il faut encore noter qu'il s'agissait ici non pas d'une hypertonie biliaire de type vagotonique avec « accélération du transit », mais d'une hypertonie segmentaire génératrice de sténose vésiculaire. Or, nous savons que les troubles neuro-végétatifs ne sont pas uniquement composés de perturbations décelables à l'examen des deux *systèmes régulateurs*, pneumogastrique et sympathique, « mais, dit Tinel, qu'il s'y surajoute toujours des interventions importantes et parfois même essentielles des appareils périphériques autonomes ». Aussi bien la morphine, qui provoque de semblables spasmes localisés du cystique et le nitrite d'amyle qui les fait disparaître semblent-ils agir directement sur les fibres musculaires lisses ou sur les centres autonomes périphériques. Le syndrome observé chez notre malade évoque donc la mise en jeu des centres périphériques plutôt qu'une hypertonie parasympathique.

L'action thérapeutique remarquable du calcium atropiné ne résout pas le problème. Certes, le rôle de l'atropine semble explicable par un freinage vagal, mais ne prouve pas que le spasme segmentaire ait été initialement conditionné par un déséquilibre en sens inverse, hypervagotonique. De plus, l'action sédative locale du gluconate de calcium sur les voies biliaires a été bien mise en évidence par Chiray, Marcotte et Le Canuet. Ceci ne veut pas dire d'ailleurs, qu'ici, tout comme dans la lithiase biliaire, l'instabilité vago-sympathique ne puisse constituer un terrain favorable à l'éclosion des accidents douloureux.

* * *

Il semble que les crises douloureuses de l'hypertonie biliaire soient habituellement déclenchées par un *mécanisme réflexe* parti d'une épine irritative située à plus ou moins grande distance.

Pour les « intolérances vésiculaires » douloureuses qui révèlent des lésions organiques du confluent bilio-pancréatique, Chabrol et Busson[1] y voient la conséquence d'une incompatibilité entre le calibre des voies biliaires et une hypersécrétion biliaire, une polycholie. Mais derrière le mécanisme même de cette asynergie douloureuse, on peut reconnaître un réflexe, favorisé par l'instabilité neuro-végétative de ces malades, réflexe qui, parti d'une lésion du confluent bilio-pancréatique, aboutirait à la fois au parenchyme hépatique dont l'activité sécrétoire serait accrue et aux voies biliaires dont le tonus serait augmenté. C'est une explication semblable que l'un de nous avait donnée récemment d'un ictère cholostatique pur observé au cours d'une pancréatite subaiguë avec un spasme cholédocien[2].

Dans notre cas actuel le mécanisme réflexe apparaît à l'état pur. En l'absence de toute lésion des voies biliaires, le rôle d'épine irritative a été joué par une typhlite importante et ancienne qui avait déjà motivé en 1935 une appendicectomie et qui fut, à notre sens, le point de départ d'un réflexe aboutissant à une contracture du col vésiculaire et du cystique. Cette côlite droite avait d'abord été considérée comme la cause de tous les troubles et c'est à contre-cœur, sur l'insistance de la malade et devant le déplacement sous-hépatique des crises douloureuses, que nous avons accepté de pratiquer une intervention chirurgicale à minima sur les voies biliaires. Il s'agit donc là du premier exemple prouvé d'hypertonie biliaire réflexe d'origine intestinale; mais la pratique gastro-entérologique nous fait penser que de tels « syndromes entéro-vésiculaires » sont loin d'être rares et donnent souvent lieu à des erreurs d'interprétation. Ils se rapprochent de ces « cholécystites chroniques simples » dans lesquelles Chabrol et Busson signalent la note neuro-végétative et intestinale en disant : « Gardons-nous de tout ramener à la description d'une typhlocholécystite ou d'une dextro-périviscérite : l'inflammation n'est pas seule en cause derrière les coliques hépatiques dont souffrent si fréquemment les sujets atteints de stase intestinale et d'appendicite chronique ». Nous nous demandons même, avec F. Meersseman, si ce n'est pas « la tyrannie de l'habitude qui fait que l'étiquette de cholécystite est automatiquement apposée sur de tels syndromes de souffrance vésiculaire » d'origine bien plus nerveuse qu'inflammatoire, ou encore sur la fréquente anomalie fonctionnelle qu'est un retard de l'évacuation après repas de Boyden.

Nous connaissions l'importance considérable en pathologie digestive des « dyspepsies gastriques réflexes » qui simulent une affection organique de l'estomac et que déclenchent une appendicite, un dolichocôlon, une côlite, une lithiase vésiculaire ou rénale. Nous apprendrons peut-être à connaître également l'importance des « dystonies biliaires réflexes » qui corsent la séméiologie des mêmes affections digestives et qui doivent être traitées au niveau de leur cause organique lointaine.

(Travail de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu [Prof. P. Brocq] *et de la Consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu* [M. G. Albot].)

1. Chabrol et Busson : *La Presse Médicale*, 8 Janvier 1938, 41.
2. G. Albot, J. Gosset, Mme M. Parturier-Lannegrace et H. Libaude : *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 Juin 1942.

LA TRANSFUSION DU SANG PAR LA VOIE INTRA-STERNALE

PAR MM.

G. GIRAUD et T. DESMONTS

(Montpellier)

Au cours de nos recherches sur la transfusion médullaire et la pression intra-sternale, nous avons constaté la possibilité de faire la transfusion du sang citraté par la voie intra-sternale[1].

Depuis nous avons mis au point une technique des plus simples permettant de faire la transfusion du sang citraté ou non citraté par voie intra-sternale.

Avec une aiguille ordinaire à ponction sternale, on ponctionne le sternum à 1 *cm*. en dehors du milieu du manubrium sternal. L'aspiration de quelques gouttes de pulpe sternale fait communiquer les lacs sanguins avec l'aiguille. Le sang est ensuite injecté avec une facilité extrême sans déterminer de douleur.

Transfusion du sang citraté. — Primitivement nous nous sommes servis de seringues remplies de sang citraté qu'un aide nous faisait passer l'une après l'autre. Le sang pénètre facilement dans le sternum sous une pression minime avec un débit qui atteint 20 cm^3 à la minute.

Cette méthode a l'inconvénient de nécessiter une manipulation un peu compliquée et un brassage du sang à ciel ouvert qui exposent le patient à des risques d'infection locale. (Nous avons vu se développer ainsi une fois une réaction inflammatoire locale, d'ailleurs sans gravité.) D'autre part l'aiguille peut se déplacer légèrement au cours de la manipulation, ce qui bloque l'écoulement : une nouvelle aspiration est alors nécessaire pour que l'opération puisse se poursuivre.

Ces inconvénients sont complètement supprimés par la méthode dont nous nous servons actuellement.

Le sang citraté est mis dans une ampoule stérile reliée par un tube de caoutchouc à un embout qu'on enfonce dans l'aiguille à ponction sternale ; par l'autre extrémité l'ampoule communique avec une soufflerie qui permet de régler la pression qui y règne et le débit du sang. On vérifie l'écoulement du sang qui passe facilement et rapidement dans le sternum avec une régularité absolue ; l'action de la soufflerie est d'ailleurs superflue si on peut surélever suffisamment l'ampoule ; nous avons ainsi injecté 150 cm^3 en six minutes et plus de 200 cm^3 en dix minutes.

Le sang citraté peut aussi être injecté à l'aide d'un appareil à transfusion de sang, notamment avec l'appareil d'Henry et Jouvelet.

Transfusion du sang non citraté. — On peut effectuer la transfusion du sang non citraté en se servant de l'appareil d'Henry et Jouvelet. Un des tubes de caoutchouc est mis en communication par son aiguille avec la veine du donneur, l'autre est fixé par un embout à l'aiguille à ponction sternale. A la condition d'imprimer à l'appareil un mouvement suffisamment lent et régulier, la transfusion se fait sans incident. Nous avons ainsi injecté avec L. Fabre 200 cm^3 de sang dans un sternum sans aucune difficulté.

Les 30 transfusions que nous avons effectuées par voie sternale n'ont pas déterminé de choc, mais il est évident qu'on peut observer les mêmes chocs qu'avec la transfusion par voie veineuse et qu'on doit identifier au préalable les groupes sanguins du donneur et du récepteur.

Jamais nous n'avons jusqu'ici vu d'hématome après la transfusion par voie sternale. Une fois nous avons vu un œdème du type de Quincke se former dans la région présternale autour de l'aiguille, il a disparu rapidement.

L'opération peut être répétée chez un même malade le nombre de fois désiré et sans inconvénient.

D'autre part l'action antihémorragique de la transfusion par voie sternale semble plus puissante et l'augmentation du nombre des plaquettes plus considérable que celles qu'on observe par la transfusion par voie veineuse, ainsi que nous l'avons constaté chez une malade atteinte d'hémogénie.

La transfusion du sang par voie sternale est donc une opération simple, peu douloureuse, à la portée de tout praticien et qui n'est pas plus choquante que la transfusion par voie veineuse.

Elle permet de faire facilement la transfusion de sang chez les malades à veines mal accessibles ou en état de collapsus et c'est là, à nos yeux, son indication majeure. Elle paraît plus active que la transfusion par voie veineuse au cours des syndromes hémorragiques.

1. *Cf.* Note à la *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 7 Janvier 1944.

DIAGNOSTIC ET NOSOLOGIE DES RÉTICULOSES CUTANÉES

Par **A. SÉZARY**

(Paris)

Le besoin de classer les affections est impérieux pour le pathologiste. On ne connaît bien les maladies d'un organe ou d'un appareil que quand on les a rapprochées les unes des autres et précisé à la fois leurs caractères communs et leurs éléments différentiels. Le meilleur critérium que l'on puisse employer pour cela est l'étiologie, et seules les classifications étiologiques sont durables. Mais ce critérium peut faire défaut, car il est des affections dont on ne connaît pas la cause. Faut-il donc alors renoncer à mettre toute la clarté possible dans l'esprit de

ceux qui cherchent à les connaître ? Nous ne le croyons pas. Une classification non étiologique, si précaire soit-elle, est toujours utile aussi bien pour le chercheur que pour le praticien. L'étude des réticuloses le prouve.

Dans un mémoire antérieur [1], nous avons proposé une définition et une classification des réticulo-endothélioses (par abréviation : réticuloses). Sous ce nom, nous avons réuni exclusivement les affections de cause inconnue caractérisées par une prolifération importante et primitive des éléments du tissu réticulo-endothélial. L'isolement de ce groupe n'a d'intérêt, à notre avis, que s'il permet de réunir des affections que, en l'absence de toute notion étiologique, on ne peut ranger dans aucun autre chapitre de la pathologie. Nous nous sommes donc séparé des auteurs qui ont retenu dans leur classification des maladies déjà classées par leur étiologie, comme la fièvre typhoïde, la tuberculose, la syphilis, la lèpre, etc. Nous avons cru nécessaire aussi de ne comprendre sous ce nom que des affections strictement propres au tissu réticulo-endothélial, sans l'étendre, comme l'ont fait certains autres, aux affections du système hématopoïétique [2]. Nous nous sommes enfin refusé à y incorporer les légères réactions histiocytaires secondaires à d'autres lésions histologiques plus importantes.

Certes, nous avons regretté de ne pouvoir établir une classification étiologique et nous avons souligné le caractère essentiellement provisoire de celle que nous avons établie. Nous sommes cependant de ceux, déjà nombreux depuis Epstein (nous en connaissons 15), que n'a pas rebutés l'absence d'une notion causale pour tenter de classer les faits observés. Faute d'étiologie, c'est l'histologie qui le plus souvent a inspiré les auteurs et, pour notre part, nous distinguons 4 classes de réticuloses :

1° Les réticuloses par surcharge (xanthome, maladies de Gaucher, de Niemann-Pick, de Schüller-Christian, etc.), où les histiocytes englobent des substances organiques et se déforment en conséquence ;

2° Les réticuloses hyperplasiques (que nous préférerions aujourd'hui appeler orthoplasiques) dues à la prolifération simple et ordonnée des éléments normaux (histiocytes, fibroblastes) ou banalement pathologiques (cellules épithélioïdes, cellules géantes, cellules lymphocytoïdes, plasmocytes, peut-être aussi mastocytes) ; les types en sont la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann et aussi, à notre avis, la maladie de Kaposi ;

3° Les réticuloses métaplasiques (que, pour éviter une amphibologie, nous préférerions appeler paraplasiques), où les cellules réticulo-endothéliales prolifèrent d'une façon désordonnée et métatypique (déformation marquée des noyaux, multiplicité des noyaux avec ou sans mitoses, avec ou sans inclusions protoplasmiques, avec ou sans nécrose), mais sans aspect sarcomateux ; nous y rangeons la maladie de Hodgkin, le mycosis fongoïde, la réticulose aiguë maligne et bien d'autres formes encore peu connues ;

4° Les réticuloses néoplasiques malignes, où les cellules prennent les déformations monstrueuses propres au cancer (réticulo-sarcomes, réticulo-endothéliomes) [3].

Appliquée à la dermatologie, cette classification est capable de rendre les plus signalés services.

Il arrive en effet qu'en présence de certaines affections cutanées plus ou moins étendues, pouvant d'ailleurs revêtir des aspects très divers (érythrodermies, papules, nodules, tumeurs, etc.), le dermatologiste soit dans l'impossibilité de porter un diagnostic. Non seulement la cause, mais la nature même de ces affections lui échappent. Selon la discipline classique, pour s'éclairer, il pratique une biopsie. Celle-ci, dans certains cas, montre, sans autre lésion importante, une prolifération de cellules réticulo-endothéliales. Après en avoir étudié les caractères cytologiques, il cherchera par toutes les méthodes usuelles (hématologie, bactériologie, biologie, chimie, inoculation à l'animal, etc.) la cause de l'affection. Si ses efforts sont vains, il portera le diagnostic de réticulose. Il lui sera alors facile, en se rapportant à la classification, de situer le cas qu'il examine dans l'un de ses cadres. Il pourra soit l'identifier avec un type déjà découvert, soit le décrire comme non encore connu.

Quelques exemples permettront de mettre en évidence le secours qu'apporte la classification au diagnostic des réticuloses.

En 1938, nous avons pu, avec Bouvrain dans un cas, avec Horowitz et Maschas dans un autre, isoler une érythrodermie caractérisée par une prolifération d'histiocytes métatypiques dans la peau et, en même temps, par la présence en abondance de ces cellules dans le sang circulant. Un cas analogue a été publié par Baccaredda en 1939 et nous en avons étudié un quatrième en 1941 avec Bolgert.

En 1940, avec Callerot, nous avons décrit la forme cutanée de la réticulose aiguë maligne, affection dont on connaissait jusque-là une trentaine d'observations sans lésion importante des téguments.

En 1941, nous avons isolé, après en avoir suivi 2 cas, l'un avec Bolgert et Boulenger, l'autre avec Ducourtioux et Bolgert, une réticulomatose cutanée à évolution lente, caractérisée par une éruption de tumeurs ressemblant à des sarcomes, mais n'en ayant pas les particularités histologiques et évolutives.

Les diverses réticuloses cutanées sont loin d'être toutes connues. Témoin ces cas de « granulomatose » publiés, en particulier par Pautrier, à la réunion dermatologique de Strasbourg en 1937, et ceux que pour notre part nous avons signalés sans les identifier davantage, faute de pouvoir les comparer avec d'autres : réticulose à petits nodules disséminés (1940), réticulose à éléments papulo-pigmentés (avec Bolgert et Vermenouze, 1943), réticulose avec éruption érythémateuse et lésions osseuses, testiculaires, nerveuses (avec Bolgert et Vermenouze, 1943), réticulose simulant le mycosis fongoïde (avec Bolgert, Le Sourd et Harmel-Tourneur, 1943). Certains de ces cas, examinés avant nous, avaient été considérés comme « ressemblant au sarcome ou à un syphilome » ; mais ni l'évolution, ni la radiosensibilité, ni le traitement d'épreuve n'avaient confirmé ces impressions et, faute de connaître les réticuloses, ces auteurs n'avaient pu classer ces affections.

Ces quelques exemples que nous tirons de notre pratique personnelle montrent l'intérêt qui s'attache à l'isolement des réticuloses. Et si nous les avons réunis ici, c'est pour répondre à la critique qu'a faite de cette conception le Prof. Robert (de Berne). Notre collègue a en effet l'impression que les réticuloses forment un « imbroglio inextricable » et que le « terme de réticulose est devenu synonyme de ramassis d'affections disparates, avant tout caractérisées par ce fait que nous ne savons rien de leur étiologie ». Mais d'abord il oublie que la classification repose sur un critérium, l'histologie, et que ce critérium, dans l'histoire des maladies, a, souvent, avant la connaissance de l'étiologie, donné un fondement solide aux recherches des pathologistes. Sans doute, la classification n'est-elle pas étiologique. Mais, si la cause nous échappe, devons-nous nous abstenir d'en tenter une, si surtout nous n'oublions pas son caractère temporaire ? Ne classe-t-on pas histologiquement les leucémies, les tumeurs, dont nous ignorons également l'étiologie ? Et ces classifications n'ont-elles pas le plus grand intérêt, aussi bien doctrinal que pratique ? Comment, pour en revenir aux réticuloses, aurions-nous identifié les types cliniques rappelés ci-dessus si nous n'avions été guidés par une classification ? A l'encontre de M. Robert, nous ne trouvons pas « pour le moins curieux, du moment où on fait intervenir un type spécial de réaction histologique comme principe de classification ou comme critérium de l'affection, de ne l'appliquer qu'à celles dont l'étiologie est obscure ». Car, nous le répétons, la classification histologique est une classification d'attente, et nous devrons distraire du groupe toutes les affections au fur et à mesure qu'elles seront complètement identifiées par la connaissance de leur cause. La cytologie est un élément commun suffisant pour grouper ces affections dont l'étiologie n'est pas découverte et qui, sans elle, resteraient errantes dans le maquis de la pathologie.

M. Robert éprouve un « malaise profond » en considérant que les classifications proposées diffèrent toutes les unes des autres. Mais les différences sont réellement peu importantes. Ce sont plutôt des remaniements qui témoignent d'un effort de perfectionnement tenté avec plus ou moins de bonheur par les différents auteurs. Et, en dehors de l'erreur, à notre sens, qui consiste à ranger dans les réticuloses les affections du système hématopoïétique, les classifications ne se distinguent les unes des autres que par l'extension plus ou moins grande qu'on a donnée au groupement. Certains y ont conservé les réticuloses dont la cause est connue ; mais alors, comme nous le croyons, elle perd son intérêt pratique. D'autres en ont distrait les tumeurs bénignes ou malignes. D'autres en ont rejeté les réticuloses de surcharge. Les frontières sont donc discutées, mais le fond demeure et l'accord se fera sûrement le jour où l'épreuve du temps aura désigné les meilleures propositions.

Abordant maintenant le détail des classifications, nous notons que M. Robert s'étonne de voir M. Pautrier distinguer les réticuloses pures (maladie de Besnier-Bœck-Schaumann) de ce que ce dernier a appelé granulomatoses (qui correspondent à nos réticuloses paraplasiques). Nous pensons cependant que l'histologie et aussi les caractères évolutifs, souvent aussi la radiosensibilité sont des caractères qui permettent de différencier radicalement ces deux groupes. Aucun clinicien n'assimilera l'évolution de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à celle de la maladie de Hodgkin ou du mycosis fongoïde.

Ce qui étonne aussi certains auteurs, c'est de voir ranger parmi les réticuloses certaines affections dont ils ne sont pas résignés à accepter la nature réticulo-endothéliale. Tel est le cas de la maladie que Kaposi a décrite en 1872 sous le nom de sarcome idiopathique. M. Robert ne saurait voir cette affection « faire ménage » avec la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, auprès de laquelle nous l'avons rangée ; il peut « difficilement comparer sous un même angle des affections à évolution, à symptomatologie et probablement à étiologie différente ». Il me paraît impossible d'accepter une telle argumentation, car l'évolution est chronique dans les deux cas, la symptomatologie consiste en formations nodulaires ; quant à l'étiologie, il vaut mieux n'en pas parler puisque nous ne la connaissons pas dans les deux cas. M. Pautrier s'est également offusqué de ce rapprochement ; il me reproche d'avoir élargi, « d'une façon incompréhensible pour lui », le domaine des réticuloses. Nous croyons voir la raison de cette critique dans le fait que M. Pautrier considère la maladie de Kaposi comme une « dysgénésie des vaisseaux et de leurs annexes neuro-musculaires d'une part, des nerfs et de leurs éléments schwanniens d'autre part ». Mais, comme l'écrivent le Prof. Favre et Josserand dans leur article de la *Nouvelle pratique dermatologique*, cette interprétation histologique a été contestée et « les travaux parus depuis 1928 n'ont pas confirmé ces conclusions ». La tendance actuelle des auteurs, suivant les directives de Nicolas et Favre, de Dörffel, de Fuhr, etc., est de considérer la maladie de Kaposi comme une réticulo-endothéliose. Souscrivant à cette opinion, nous considérons que si la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann est une réticulose à cellules épithélioïdes, la maladie de Kaposi est une réticulose à éléments angio-fibroblastiques. L'une et l'autre sont des réticuloses hyperplasiques ; elles sont homologues.

MM. Robert et Pautrier se sont étonnés aussi de voir inscrire parmi les réticuloses les tumeurs bénignes du tissu réticulo-endothélial. Il nous aurait été difficile de faire autrement, puisque dans notre quatrième groupe nous avons rangé les tumeurs malignes : raisonnablement, nous ne pouvions donc omettre les premières, qui leur font pendant. Nous avons été surpris de voir M. Pautrier faire cette critique, car dans sa propre classification il a lui-même mentionné les histiocytomes et les tumeurs malignes... On peut discuter sur l'intégration des fibromes, angiomes et fibromes ; mais jusqu'à plus ample informé elle ne nous paraît pas illégitime. Cette critique n'a d'ailleurs qu'une importance secon-

1. A. SÉZARY : Classification des réticulo-endothélioses. *La Presse Médicale*, 1941, n° 53-54, 666.
2. Car il ne s'agit pas ici de remonter à l'hémo-histioblaste de Ferrata, cellule souche d'où proviendraient à la fois les cellules des lignées réticulo-endothéliale et hématopoïétique.
3. Pour être basée sur la cytologie, cette classification n'en est pas moins étayée par la corrélation des données de l'histologie avec certains autres caractères : mode évolutif, sensibilité aux rayons X, etc.

daire, car elle porte sur un point conventionnel. Nous en ferons la discussion dans un travail ultérieur.

On peut supposer que le groupement histologique des réticuloses de cause inconnue disparaîtra un jour, quand leurs causes seront découvertes. Mais ce jour nous paraît fort lointain. En l'attendant, ces affections doivent être réunies. On ne saurait les laisser isolées et éparses, en négligeant leur lien histologique. Leur classification a un intérêt et une utilité incontestables.

Certes, il faut éviter d'étendre leur domaine d'une façon démesurée. Mais il ne faut pas non plus décourager les chercheurs qui, à l'instar de leurs 15 prédécesseurs, tenteront d'améliorer leur classification.

VALEUR DE LA PANCRÉATECTOMIE DANS LES ÉTATS D'HYPERINSULINISME

PAR MM.

P. MALLET-GUY et **P. MAILLET**

(Lyon)

Dans le groupe des hypoglycémies spontanées, S. Harris individualisa, en 1924, l'*hypoglycémie d'origine pancréatique* qu'il appela *hyperinsulinisme.* Les travaux de Rathery et de son école, ceux de Sendrail, la thèse de Sigwald, les rapports du Congrès de Québec, en ont étudié les modalités cliniques : il s'agit de syndromes évoquant surtout des affections neuro-psychiatriques diverses (épilepsie, tumeur cérébrale, méningite tuberculeuse, paralysie générale au début, hystérie). Le diagnostic peut s'égarer, si l'on ne sait interpréter ses signes évocateurs : fringales impérieuses, douleurs épigastriques, sédation de tous les troubles quelques minutes après l'ingestion alimentaire.

Harris n'avait initialement observé que des formes bénignes, les plus nombreuses, améliorées ou du moins stabilisées par le traitement médical et diététique. Mais parfois l'équilibre sucré ne peut être maintenu que par l'administration croissante de sucre, et les accidents, de plus en plus fréquents et sévères, aboutissent au coma hypoglycémique et à la mort. L'autopsie, décelant alors une lésion, tumorale ou inflammatoire, du tissu langerhansien contenant de l'insuline en énorme excès, vint le plus souvent apporter à l'hypothèse de Harris une confirmation en même temps que suggérer une *chirurgie d'exérèse :* la première tentative opératoire, en 1927 (Wilder), rencontra un carcinome langerhansien avec métastases hépatiques, et ce ne fut qu'en 1929 que R. Graham découvrit un adénome langerhansien, l'énucléa et obtint une guérison.

* * *

La chirurgie des *tumeurs bénignes du tissu insulaire* devait dès lors connaître de magnifiques succès : nous avons réuni près de 70 observations avec 90 pour 100 de guérisons complètes, cliniques et biologiques.

Mais, l'encapsulement de l'adénome, la facilité de son clivage, sa petite taille furent que l'on s'en tint presque toujours, et très rationnellement, à une simple *excision.* Et la *pancréatectomie partielle,* dont nous n'avons retrouvé que 13 observations pour adénome, semble n'avoir été réalisée que 4 fois de propos délibéré, pour une tumeur dûment identifiée et énucléable ; chez 2 autres malades, il s'agissait d'adénomes doubles ou multiples et, dans les 7 cas restants, la pancréatectomie avait été faite en l'absence de toute tumeur perceptible et seulement l'examen systématique de la pièce, en coupes sériées, avait permis de découvrir un ou plusieurs nodules adénomateux.

En principe, donc, la pancréatectomie partielle pour adénome langerhansien semble devoir être rejetée au bénéfice de l'énucléation, même en cas d'adénome double, seules les très exceptionnelles adénomatoses multiples ou diffuses du corps et de la queue du pancréas pouvant relever d'une résection passant au large des lésions.

On peut cependant objecter à cette règle le fait que l'histologie a pu révéler dans des tumeurs bien encapsulées des signes plus ou moins nets de malignité. Mais, d'une part, c'est là l'exception et, d'autre part, ces soi-disant tumeurs malignes n'ont, énucléées, jamais récidivé, après des délais tels que huit, sept, cinq ans, vingt-trois et vingt-deux mois.

Le *carcinome langerhansien,* dont nous avons retrouvé 22 cas, ne posera donc pas, en fait, un problème thérapeutique particulier, soit (4 observations) qu'il s'accompagne d'extension ganglionnaire ou de métastase hépatique, soit que, de malignité atténuée, il apparaisse opératoirement comme un adénome. Toutefois, l'on peut supposer que certaines tumeurs malignes pourraient être opérées à leur stade de diffusion commençante et que l'encapsulement incomplet, l'infiltration de la tumeur dans le parenchyme voisin pourraient alors faire préférer la résection. A cette éventualité nous paraît se réduire l'indication, encore que théorique, de la pancréatectomie dans le traitement des tumeurs malignes d'origine langerhansienne.

Plus rares encore sont les cas de *pancréatite chronique hypoglycémique :* 11 observations avec confirmation anatomo-pathologique. Pour expliquer que des lésions, *a priori* destructrices du parenchyme, puissent donner des troubles d'hyperfonctionnement, Sendrail invoque l'hyperplasie insulaire, qui suit la « ligature » des canaux pancréatiques par la sclérose, ou encore l'excitation des plexus nerveux péri-pancréatiques. En fait, le trouble métabolique et la lésion inflammatoire apparaissent étroitement solidaires. La guérison de celle-ci a toujours amené la disparition de celui-là. Et l'indication opératoire, si elle est rendue plus impérieuse par l'existence d'une hypoglycémie, n'en sera, dans son fond, nullement modifiée et dépendra uniquement de la topographie des lésions pancréatiques : opération de drainage biliaire, comme l'un de nous en rapportait, ici même, deux exemples en 1941, ou au contraire hémipancréatectomie gauche (R. Leriche). Seule, la splanchnicectomie, opération hypoglycémiante, paraît contre-indiquée.

Une hypoglycémie pancréatique peut enfin être, très exceptionnellement, due à une malformation de la glande (Bayley et Cutler).



Ces hypoglycémies lésionnelles ne résument pas toutes les hypoglycémies pancréatiques malignes, et, en 1929, J. M. T. Finney et J. M. T. Finney jr. eurent la surprise de trouver, dans un cas de cet ordre, une glande macroscopiquement et microscopiquement saine. La résection segmentaire, qu'ils pratiquèrent, ouvrit le chapitre des *hypoglycémies fonctionnelles* et de leur traitement par la *pancréatectomie dite « de réduction ».* L'on peut discuter si la pancréatectomie doit bien alors son efficacité à la diminution de la quantité de parenchyme sécrétant, et non pas seulement à des perturbations vasomotrices et nerveuses ou peut-être à l'ablation d'une lésion focale, d'un adénome méconnu. Aussi bien, le terme d'hyperinsulinisme est-il peut-être abusivement appliqué à ce type d'hypoglycémie et plus vraisemblablement s'agit-il d'un trouble complexe du système endocrinien et de l'appareil neuro-végétatif. Mais le pancréas reste la clé de voûte de l'édifice pathologique et l'efficacité de la résection est bien, nous le verrons, fonction de son étendue.

Avant d'analyser ses résultats, nous rapporterons, dans son essentiel, une telle observation personnelle d'hypoglycémie fonctionnelle guérie par pancréatectomie gauche, dont on trouvera le détail dans une présentation que nous avons faite avec R. Froment, à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon :

M. Hum..., 33 ans, paysan robuste, entre le 28 Juin 1942, dans le service du Prof. agrégé R. Froment, pour accidents lipothymiques répétés. Les troubles, qu'il accuse, sont caractéristiques : d'une part de *grands malaises,* assez rares (3 à 4 par an), avec vertiges, chute, perte de conscience et convulsions ; d'autre part, des *équivalents mineurs,* très fréquents, trouble passager de la vue, sensation d'asthénie, sueurs profuses, obnubilation ; tous ces signes apparaissent loin des repas et se calment dès l'ingestion de quelques morceaux de sucre. Le malade consomme ainsi 6 livres de sucre par mois et il a dû renoncer à tous travaux pénibles.

M. Froment porte le diagnostic d'hypoglycémie. De fait le taux sucré sanguin est trouvé à 0,58 à 11 heures du matin (malade au repos). En l'absence de toute affection hépatique, surrénalienne ou hypophysaire, de toute tare nerveuse, l'hypothèse d'hyperinsulinisme est retenue — les courbes d'hyperglycémie provoquée, l'épreuve à l'insuline, témoignant plus en faveur d'un trouble fonctionnel que d'une hypoglycémie lésionnelle.

Un traitement médical est tenté pendant six mois, mais échoue. En Janvier 1943, le malade, sur les conseils de M. R. Froment, entre dans le service de l'un de nous. L'ensemble des réactions biologiques pratiquées reste peu instructif : l'état hépato-biliaire, la sécrétion pancréatique externe ne présentent aucune perturbation. Mais la courbe glycémique montre un aplatissement considérable et n'atteint qu'en de rares points la zone des réactions normales.

Le 26 Janvier 1943 : *intervention* (P. Mallet-Guy), qui montre un pancréas normal : même après décollement on ne peut percevoir aucune formation tumorale suspecte. Une pancréatectomie gauche dépassant la ligne médiane (32 g.) est pratiquée sans incident.

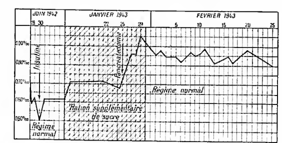


Fig. 1. — *Pancréatectomie pour hyperinsulinisme.* Courbe des glycémies pré- et post-opératoires.

L'examen histologique de la pièce ne révèle rien d'anormal (Prof. J.-F. Martin).

Les suites ont été très simples : un petit écoulement de liquide pancréatique se tarit rapidement. Lever le quinzième jour.

Après la phase d'hyperglycémie post-opératoire, le taux sucré sanguin se stabilise à un niveau moyen très supérieur à ce qu'il était avant l'intervention, bien que, dès le quatrième jour, le malade ait été ramené à un régime sucré normal. L'amélioration subjective est d'emblée considérable et, dès sa convalescence, le malade est délivré de ses vertiges, n'éprouve plus la même sensation d'asthénie et a perdu son appétence pour le sucre.

Nous l'avons revu à deux reprises (Avril et Septembre 1943) : l'alimentation est normale, la ration de sucre d'une livre par mois, l'ingestion de fruits très modérée. Tous les troubles, grands malaises comme accidents mineurs, ont complètement disparu. Le malade a pu faire la moisson, n'éprouvant qu'un peu de fatigue après deux à trois jours de gros travaux. La glycémie à jeun est, le 10 Septembre, à 0,76, chiffre encore relativement bas, mais les courbes d'hyperglycémie provoquée sont entièrement différentes de ce qu'elles étaient avant l'intervention ;

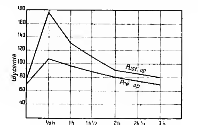


Fig. 2. — La courbe d'*hyperglycémie provoquée* avant et après l'intervention.

au surplus, nous avons pu nous convaincre que l'amélioration porte toujours beaucoup plus sur les signes cliniques que sur la valeur du chiffre glycémique.

Sur un total de 40 telles pancréatectomies pour hypoglycémie « fonctionnelle », sans doute quelques examens histopathologiques signalent-ils une hyperplasie plus ou moins nette des îlots (d'ailleurs contestable), mais presque toujours le pancréas est microscopiquement normal.

Pris en bloc, ces 40 cas comportent 4 morts post-opératoires (par shock, broncho-pneumonie, péritonite, complications en principe évitables). D'autre part 6 observations ne comportent pas de suites éloignées, soit que les malades aient été perdus de vue, soit qu'ils soient morts d'affections intercurrentes, sans rapport avec le syndrome hypoglycémique ou l'intervention, après un laps de temps trop court pour permettre d'apprécier la valeur du résultat opératoire. Il reste donc un ensemble de 30 opérés, suivis pendant des délais variant de un à six ans, et sur lequel nous notons : 12 guérisons radicales (40 pour 100), 9 améliorations (30 pour 100) et 9 échecs complets (30 pour 100), 2 des opérés étant morts, après quelques mois, d'accidents hypoglycémiques récidivants et, fait digne d'être noté, l'autopsie ayant alors révélé un adénome méconnu du pancréas.

De tels résultats ne sont point négligeables, mais ils appellent cependant un correctif essentiel, bien souvent la résection ayant été extrêmement restreinte : 5 g., 7 g., 8 g., 14 g., ... et nous avons pu relever que ces tentatives timides étaient suivies le plus souvent d'échec plus ou moins complet. *Le poids moyen des exérèses inefficaces est de 16 g. 3,* alors que presque tous les cas suivis de succès mentionnent, à défaut de données pondérales, *des résections emportant la moitié ou les deux tiers de la glande, dépassant la ligne médiane.*

Ainsi, la pancréatectomie « de réduction » comporte d'autant plus de chances de succès qu'elle est plus large; nous dirons même qu'elle n'a de raison d'être qu'à condition d'être très étendue. Elle n'est d'ailleurs pas d'une gravité disproportionnée à son objet ; entre des mains exercées, son risque est celui des opérations abdominales courantes. Enfin, à défaut de la radiothérapie pancréatique, encore peu connue, elle représente jusqu'ici la seule intervention à opposer aux formes graves de l'hypoglycémie fonctionnelle.

TENDANCES ACTUELLES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par **Raymond DOSSOT**

Le traitement de la tuberculose rénale est passé par trois phases :

Avant 1900 : période de tâtonnement, la maladie est mal connue, la néphrectomie est à ses débuts, les résultats sont lamentables.

De 1900 à 1920 : grâce aux travaux d'Albarran, la sécurité de la néphrectomie est quasi absolue, c'est la période d'enthousiasme chirurgical.

Depuis 1920 : une réaction médicale apparaît et se développe, qui tend à faire renoncer à la néphrectomie systématique et trop hâtive. Comme le dit B. Fey[1] dans un article récent : « Il faut avoir la franchise de renoncer aux formules toutes faites, même si elles sont classiques, et avoir la coquetterie de nuancer nos indications selon les cas. »

Quelles ont été les causes de cette réaction ?

A-t-on découvert un traitement efficace de la tuberculose ? Hélas ! non.

A-t-on utilisé une nouvelle méthode de diagnostic ? Non. La recherche du bacille de Koch, le cathétérisme urétéral, la pyélographie étaient connus. L'urographie est d'un emploi très commode, mais elle ne donne pas ici de renseignements supérieurs aux autres techniques.

Ce qui a modifié les conceptions thérapeutiques, c'est :

1° La constatation de *certains résultats défectueux de la néphrectomie.*

2° La connaissance plus approfondie de la phase de début de la tuberculose rénale, de l'étape parenchymateuse qui a apporté certains changements aux opinions classiques sur la *fréquence de la bilatéralité et sur la guérison non chirurgicale de la tuberculose.*

Résultats défectueux de la néphrectomie.

Que demande-t-on à la néphrectomie ? De guérir le malade, c'est-à-dire : 1° de supprimer un foyer tuberculeux qui peut être le point de départ d'autres localisations tuberculeuses ; 2° de permettre la guérison des lésions sous-jacentes.

1° *Action de la néphrectomie sur l'extension de la tuberculose.*

Il est difficile de trouver des renseignements précis sur les résultats éloignés. La statistique de Wildbolz est donc particulièrement intéressante. En 1928 il recherche ses malades néphrectomisés depuis plus de 10 ans; sur 341 il peut avoir des nouvelles de 270 : 40 pour 100 sont morts. Plus de la moitié des décès sont dus à la tuberculose pulmonaire et à la tuberculose du rein restant, la troisième cause importante de mortalité esr la tuberculose miliaire, puis viennent des cas peu nombreux d'autres localisations tuberculeuses.

15 pour 100 des morts sont dues à des affections intercurrentes, non tuberculeuses.

Donc 35 pour 100 des opérés meurent de tuberculose, résultat qui n'a rien de très brillant. Comment l'améliorer ? En *préparant* le malade à l'intervention (pour éviter certaines complications immédiates) *et en traitant, après l'intervention,* l'état tuberculeux (pour diminuer la fréquence des localisations tuberculeuses tardives).

2° *Action de la néphrectomie sur les lésions sous-jacentes.*

La néphrectomie, en supprimant un foyer tuberculeux, permet à l'organisme de renforcer ses moyens de défense, de guérir les lésions sous-jacentes dans un nombre important de cas.

Mais les exceptions sont nombreuses : l'épididymite, qui se déclenche ou se fistulise, la cystite, qui persiste ou s'aggrave, évoluant pour son propre compte, ne sont que trop fréquentes.

Aussi est-il essentiel d'établir, après néphrectomie, un *traitement général de l'état tuberculeux du malade.*

Fréquence de la bilatéralité.

L'opinion classique est simple : la tuberculose, au début, est presque toujours unilatérale; au cours de son évolution elle tend à devenir bilatérale. Ainsi les 12 à 20 pour 100 de cas bilatéraux rencontrés par les chirurgiens s'opposent aux 50 à 65 pour 100 trouvés à l'autopsie.

Chute fut un des premiers à insister sur la quasi constance de la bilatéralité et à expliquer la contradiction qui existe avec l'unilatéralité clinique apparente, par ce fait que beaucoup de tuberculoses corticales guérissent. Grâce à son importante circulation sanguine, le rein résiste facilement à l'infection; il faut que cette résistance flanche pour que la tuberculose habituelle, incurable, se développe. Il est relativement rare que la résistance rénale flanche des deux côtés à la fois, c'est pourquoi il est relativement rare que la tuberculose soit cliniquement bilatérale.

Les conclusions de Chute ont été confirmées par l'expérimentation sur l'animal (Coulaud, Medlar) et par l'examen des reins prélevés à l'autopsie de tuberculeux pulmonaires (Medlar, Thomas).

Il faut cependant se garder de généraliser trop vite. Il existe de grandes différences entre la tuberculose expérimentale, l'inoculation massive du tuberculeux pulmonaire à la phase terminale et l'inoculation discrète du sujet dont le foyer tuberculeux de première infection est, ou semble guéri.

L'envahissement du rein par voie sanguine n'est pas du tout, comme on l'a dit, une présomption de la bilatéralité des lésions. En effet, dans les abcès parenchymateux à staphylocoques, dont l'origine hématogène est certaine, l'unilatéralité est la règle. De plus, on peut provoquer expérimentalement des formes unilatérales en utilisant des bacilles de Koch peu virulents, ou en les injectant à doses minimes, ou en suspension dans l'huile (Pels-Leuden, Coulaud).

Dans 12 cas de mort après néphrectomie, Legueu, Papin et Verliac examinent les reins restants : aucun d'eux n'était tuberculeux.

En revanche, les inoculations au cobaye faites avec l'urine du rein présumé sain, dans la tuberculose ulcéro-caséeuse, donnent une proportion assez importante de résultats positifs.

Disons donc simplement, sans donner de pseudo-précisions avec des chiffres, que la tuberculose rénale, à son stade initial, à son étape parenchymateuse, est bilatérale beaucoup plus souvent que ne le fait croire la tuberculose ulcéro-caséeuse.

Guérison non opératoire de la tuberculose rénale.

Que faut-il entendre par guérison ?

Un rein tuberculeux guéri est un rein qui n'est plus tuberculeux, c'est-à-dire qui ne contient plus aucun produit susceptible de tuberculiser le cobaye, disent Legueu, Papin et Verliac; nous ajouterons : *et qui a conservé un pouvoir fonctionnel important.*

Deux ordres de faits sont à envisager : les cas *anatomiques* de guérison et les cas *cliniques.*

1° *Guérison anatomique constatée.*

Il faut distinguer la forme parenchymateuse et la forme ulcéreuse pyélo-néphritique.

a) *Forme parenchymateuse*[2]. — Cette forme a tendance à évoluer vers la sclérose et la guérison ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point (Legueu, Papin et Verliac, N. Hallé, Coulaud, Chute, Medlar, Wildbolz, Bumpus et Thomson, Harris, Hyman, Le Comte, dos Santos, etc.).

b) *Forme ulcéro-caséeuse.* — Dans les reins tuberculeux opérés il n'est pas rare d'observer en certains points des processus de guérison (Legueu et Verliac, N. Hallé).

Mais existe-t-il des reins dans lesquels on trouve des lésions tuberculeuses cicatrisées, sans qu'il y ait à côté des foyers encore en activité ?

Dieulafoy a vu un cas de cicatrisation de caverne tuberculeuse chez un jeune homme mort de méningite tuberculeuse.

Il existe quelques autres exemples du même ordre, mais ces cas sont très rares et ne peuvent être que très rares : puisque la guérison est complète, on n'a aucune occasion (ni opération, ni autopsie) d'examiner ce rein.

2° *Guérison clinique.* — Il semble plus aisé d'avoir la preuve de la guérison clinique ; en réalité on se heurte encore à de grosses difficultés.

Les anciennes statistiques, datant de la période pré-opératoire, montrent que l'évolution de la maladie peut être très lente, que ce n'est qu'après de nombreuses années que le malade meurt de tuberculose généralisée, pulmonaire, méningée, plus que d'urémie (la tuberculose tue plus vite le malade qu'elle ne détruit ses reins). Et pendant tout ce temps, phases d'aggravation et d'amélioration se succèdent.

Dans quelles conditions rencontre-t-on des *tuberculeux rénaux guéris cliniquement ?*

a) C'est parfois parce que, systématiquement, on a recherché, chez des tuberculeux avérés, le bacille de Koch dans les urines par des inoculations répétées : on décèle ainsi des formes initiales, parenchymateuses, de tuberculose rénale. Secondairement, les examens deviennent négatifs; s'ils le restent pendant des mois, des années, on peut parler de guérison (Thomas, Harris).

b) Ou bien, chez un malade ayant une tuberculose ulcéro-caséeuse typique, on trouve dans l'urine du rein opposé quelques bacilles de Koch. Après plusieurs mois de traitement les bacilles disparaissent du côté le meilleur et la néphrectomie devient possible : il s'agit d'une forme parenchymateuse qui a guéri.

c) Ou bien une pyélographie faite chez un tuberculeux génital (Chevassu) montre une petite caverne cicatrisée, guérison d'une tuberculose ulcéreuse à son début.

d) Enfin, beaucoup plus rarement, *on assiste à la guérison d'une tuberculose ulcéro-caséeuse.* Un malade, tuberculeux rénal évident, refuse la néphrectomie qui lui est proposée comme étant le seul traitement. Quelques années plus tard, on le retrouve triomphant et guéri : tous les signes fonctionnels ont disparu, les mictions sont normales, l'état général est parfait, les urines sont limpides et ne contiennent ni pus, ni microbes.

Dans nombre de cas, derrière ce succès, se cache un rein exclus, farci de tubercules.

Mais certaines observations ont le contrôle du cathétérisme urétéral, de l'urographie qui démontrent que le rein fonctionne correctement, que la guérison est légitime.

. Ainsi, à son étape parenchymateuse, la tuberculose rénale tend naturellement vers la guérison et il n'est pas question de traitement chirurgical. Plus tard, à sa phase ulcéreuse, elle peut encore guérir, mais cette éventualité est rare. Dans quelle mesure ces guérisons modifient-elles la règle de la néphrectomie systématique ?

Voyons l'opinion de Thomas, médecin de sanatorium, le plus ardent défenseur du traitement médical de la tuberculose rénale :

« Bien que nous n'ayons jamais pu prouver qu'une lésion rénale, destructive, macroscopique, de tuberculose guérisse complètement, nous avons beaucoup de preuves pyélographiques que le développement d'une défense locale très nette peut se produire. Nous avons observé des lésions destructives qui n'ont pas progressé pendant plusieurs années. »

Pour les formes tant soit peu étendues, Thomas conseille la néphrectomie. Pour les lésions ulcéreuses peu importantes, n'atteignant que 1 à 5 pour 100 de la totalité du parenchyme, il conseille le traitement médical et la surveillance des lésions : si elles s'accentuent, on fait la néphrectomie, sinon mieux vaut attendre.

Indications opératoires.

Grâce aux notions précédentes, essayons de répondre à ces deux questions :

a) Dans quelles formes de tuberculose rénale la néphrectomie est-elle indiquée ?

b) Dans quelles conditions doit-on faire la néphrectomie ?

A. *Dans quelles formes de tuberculose rénale la néphrectomie est-elle indiquée ?* — Il ne suffit pas de trouver des bacilles de Koch dans l'urine d'un rein pour faire une néphrectomie : notion essentielle sur laquelle tout le monde est d'accord.

Il faut que la tuberculose soit *ulcéreuse* et *unilatérale.*

1° *Ulcéro-caséeuse.* — Nous l'avons vu : la tuberculose parenchymateuse peut guérir et ne s'opère pas ; au contraire, la tuberculose ulcéreuse ne guérit guère et s'opère.

Le diagnostic entre les deux formes est bien délicat : il est fondé sur l'examen des urines, sur l'examen fonctionnel des reins et sur la pyélographie.

a) Dans la forme parenchymateuse, les urines sont normales, presque claires, ayant conservé leur brillant ; elles contiennent de rares leucocytes, quelques hématies, de rares bacilles de Koch qui, très souvent même, ne sont décelables qu'à l'inoculation. Il n'y a pas de déficience fonctionnelle. Il n'y a, à la pyélographie, aucune modification du contour des calices.

Toutes les fois qu'on a affaire à cette forme parenchymateuse ou même qu'on a un doute sur le diagnostic de cette forme, il faut instituer un traitement médical et, quelques mois plus tard, répéter les explorations :

Si la tuberculose évolue vers la forme ulcéro-caséeuse, la néphrectomie s'impose ;

Si les examens d'urine sont devenus négatifs, on admet la guérison, sous contrôle d'examens ultérieurs ;

Si les urines contiennent encore des bacilles, mais s'il n'y a aucun changement dans l'examen fonctionnel, ni dans l'urographie, les espoirs de guérison s'estompent, mais on doit encore attendre avant de prendre une décision.

b) Dans la forme ulcéro-caséeuse, les urines sont pâles, troubles, elles contiennent de nombreux leucocytes et les bacilles de Koch sont généralement faciles à mettre en évidence. La déficience fonctionnelle est marquée. Les altérations pyélographiques sont importantes.

Ici la néphrectomie est, pratiquement, obligatoire.

Cependant, nous l'avons vu, les lésions ulcéreuses encore très limitées peuvent guérir. Dans ces formes les plus favorables est-il logique d'essayer le traitement médical ? L'article de P. Thévenard répond à cette question. Mais pour traiter médicalement une tuberculose, il faut mettre le malade au repos pendant un an ou deux, arrêter toute son activité, et cela sans être tant soit peu sûr du résultat, avec la crainte de voir cette épreuve se terminer par une néphrectomie : alors mieux vaut commencer par elle.

D'ailleurs, dans ces lésions minimes, le diagnostic entre tuberculose ulcéreuse et tuberculose parenchymateuse est loin d'être évident. Souvent on hésite et on doit surseoir à l'intervention. De plus, il y a tout intérêt, dans les formes initiales, à retarder la néphrectomie pour préparer le malade. Si pen-

1. B. Fey : Quelques considérations sur les indications de la néphrectomie pour tuberculose. *J. d'Urologie,* Septembre-Octobre 1941, **49**, n[os] 9-10, 385-402.

2. R. Dossot : L'étape parenchymateuse de la tuberculose rénale. *J. d'Urologie,* Novembre-Décembre 1943, **51**, n[os] 11-12, 147-153.

dant ces délais, les lésions tendent vers la guérison, rien de mieux, on prolonge le traitement médical.

Enfin il est évident qu'il faut que cette tuberculose ulcéreuse soit *évolutive*, qu'elle s'accompagne de pyurie. Le fait de trouver par hasard dans un rein une caverne cicatrisée n'est pas une indication opératoire; on n'intervient pas sur une lésion guérie.

2° *Unilatérale* (la tuberculose bilatérale a quelques rares indications opératoires que nous laissons de côté). — Il n'est pas toujours facile d'affirmer qu'une lésion est unilatérale.

C'est dans les formes jeunes de tuberculose, dans celles où la bilatéralité est fréquente, que le diagnostic de l'unilatéralité est délicat, quand la déficience fonctionnelle n'est pas encore très marquée, quand, du côté supposé sain, l'urine contient « quelques » leucocytes, qu'une urographie ou une pyélographie montre au niveau d'un calice une tache, une irrégularité suspecte.

Dès qu'il y a doute, il ne peut plus être question de néphrectomie, du moins immédiate.

B. *Dans quelles conditions faire la néphrectomie ?* — Pour obtenir les meilleurs résultats de la néphrectomie, il faut que celle-ci soit faite sur un malade bien préparé et qu'elle soit suivie d'un traitement médical.

1° *La néphrectomie sera faite sur un malade bien préparé.*

Il ne faut pas perdre de vue que : *a*) *on intervient chez un tuberculeux ; b*) on fait une *intervention incomplète*, on laisse toujours de la graisse péri-rénale plus ou moins infectée, un uretère plus ou moins infiltré. Ces deux points expliquent les incidents et les complications qui surviennent dans la période post-opératoire.

On ne greffe pas un mal de Pott, on ne fait pas une thoracoplastie en pleine poussée évolutive ; on attend que l'organisme ait réagi, que, dans une certaine mesure, les lésions se soient limitées. Il en est de même dans la tuberculose rénale.

Sur ce point, médecins et chirurgiens sont d'accord. Tous opposent la néphrectomie trop précoce avec ses suites orageuses et la néphrectomie faite plus tard, en temps opportun, à suites simples.

2° *La néphrectomie sera suivie d'un traitement médical.*

Après comme avant la néphrectomie, le malade est un tuberculeux. La néphrectomie ne fait que le placer dans de meilleures conditions pour guérir.

Un traitement post-opératoire prolongé est indispensable pour permettre aux lésions génito-vésicales de cicatriser et pour éviter l'apparition d'autres localisations tuberculeuses.

(*Travail de la Clinique urologique de l'hôpital Cochin, Paris* [Prof. agrégé : B. Fey].)

LE TRAITEMENT MÉDICAL DANS LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par **Pierre THÉVENARD**
(Paris)

Voici près d'une dizaine d'années maintenant que nous nous sommes attaché à l'étude de la thérapeutique médicale dans la tuberculose rénale ; cette étude n'est pas terminée, tant s'en faut, puisqu'il est des corps, et non des moindres, telle la tuberculine[1], que nous n'avons pas encore eu le loisir d'employer. Aussi bien n'avions-nous l'intention de publier un travail sur cette question que beaucoup plus tard, afin de pouvoir l'envisager dans son ensemble, et d'une manière aussi complète que possible.

C'est la recrudescence du nombre et de la gravité des tuberculoses rénales depuis 1940, recrudescence constatée par tous et signalée déjà par plusieurs auteurs[2], qui nous incite à attirer l'attention sur le fait qu'il existe une thérapeutique médicale de la tuberculose rénale et que plusieurs médications sont capables d'améliorer de manière flagrante, souvent considérable, et parfois relativement rapide, les malades soignés à la phase ulcéro-caséeuse ouverte, la plus habituellement observée; elles peuvent mieux encore contribuer à une guérison éventuelle dans les formes parenchymateuses.

Quels tuberculeux rénaux convient-il de traiter médicalement ? Nous répondons : tous.

La chose va de soi pour les bilatéraux ou pour les néphrectomisés dont le rein restant se montre tuberculeux à son tour ; mais il faut également soigner médicalement les unilatéraux, ceux-là mêmes qui relèvent de la néphrectomie.

Si la néphrectomie, en effet, lorsque les indications en sont posées avec rigueur[3], demeure encore le meilleur traitement focal de la tuberculose rénale, on ne saurait oublier cependant que cette localisation suppose, comme toute autre, un terrain ; et c'est là une notion qu'il faut d'autant moins perdre de vue ici que, comme il est d'ailleurs classique, la tuberculose rénale se présente pratiquement toujours comme une localisation seconde.

C'est pourquoi nous avons, depuis longtemps déjà, pris comme règle de conduite de traiter médicalement, de manière systématique, le tuberculeux rénal ressortissant à la chirurgie, et de le traiter dès *avant* l'intervention.

C'est par le traitement pré-opératoire qu'un malade fébricitant, amaigri, épuisé par une cystite qui lui interdit tout repos réparateur, verra sa fièvre tomber et son poids reprendre ; il arrive à l'intervention transformé, physiquement et moralement.

Le tableau est-il moins sombre, que le bénéfice d'un traitement médical pré-opératoire est encore net : l'intervention est allégrement supportée, les suites en sont plus simples et plus rapides.

D'ailleurs, du point de vue des accidents de tuberculisation post-opératoires, une récente discussion à la Société française d'Urologie a bien mis en lumière que leur survenue et leur gravité dépendaient beaucoup plus de la résistance générale de l'opéré que de l'observance de telle ou telle technique chirurgicale particulière[4].

Pourquoi donc l'intérêt du traitement médical pré-opératoire est-il trop souvent méconnu ? C'est en raison de l'idée selon laquelle il y aurait urgence à enlever le rein tuberculeux, sous peine de voir l'infection atteindre rapidement le rein opposé, voire d'autres organes. Or, si l'on excepte le cas particulier de la pyonéphrose, il n'existe pas, en règle générale, de motifs de se hâter : la tuberculose rénale est ordinairement une maladie à marche lente qui laisse tout le temps de traiter et d'observer un malade avant de l'opérer.

* * *

Nous allons maintenant envisager de quelle manière et à l'aide de quels éléments l'on peut conduire un traitement médical de la tuberculose rénale. Un mot d'abord du traitement de la vessie, obligatoire à de très rares exceptions près.

La cystite cède généralement de façon remarquable au traitement classique : instillation quotidienne, après un lavage doux si nécessaire, d'une dizaine de centimètres cubes d'huile goménolée à 5 ou 10 pour 100, à garder le plus longtemps possible. On peut très utilement alterner huile et bleu de méthylène à 1 pour 100, en solution cocaïnée ou non, en prévenant l'entourage des ennuis matériels que cause le puissant pouvoir tinctorial du bleu. Au lieu d'huile goménolée, on peut aussi instiller avec avantage quelques centimètres cubes d'huile de foie de morue. L'une et l'autre, malheureusement, sont actuellement très rares ; on peut essayer de les remplacer par l'usage de produits spécialisés à base d'acide lactique, dont l'action est toutefois beaucoup plus incertaine.

Abordons la thérapeutique de la tuberculose elle-même.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, il faut, avant tout début de traitement, établir un bilan de la maladie afin de pouvoir, par la modification de ses éléments, en suivre l'évolution. Ce bilan comportera, au minimum, les éléments suivants : un examen cyto-bactériologique des urines, séparées chaque fois que possible ; une urographie, d'abord sans, puis avec compression au ballonnet de caoutchouc ; un dosage de l'urée sanguine ; de plus, on demandera la prise de la température biquotidienne, au moins les premiers temps, quitte, si la température se montre stable, à ne plus la réclamer que lors des injections médicamenteuses pyrétogènes ; enfin, la pesée sera régulièrement effectuée, tous les dix jours en principe.

D'autre part, lorsque le malade à traiter est destiné à la néphrectomie, nous avons pris comme règle de conduite de ne pas l'opérer avant que 2 cobayes, injectés avec l'urine du rein considéré comme sain, se soient montrés négatifs. Comme il faut attendre au moins deux mois pour pouvoir faire fond sur cette épreuve avec quelque garantie, l'on dispose ainsi du temps *minimum* nécessaire à la préparation utile du malade avant son intervention.

Le premier acte du traitement sera, à l'heure actuelle, administratif : la rédaction du certificat permettant de rendre un peu moins restreintes les quantités alimentaires que justifierait la nature de la maladie...

Puis, l'on choisira la médication d'attaque.

Voici, dans le nombre des médications anti-tuberculeuses, celles dont nous avons quelque expérience :

Parmi celles-ci les unes ont, en principe, une action dirigée contre le bacille lui-même ; ce sont : l'éther benzyl-cinnamique, le chlorhydrate de choline, l'huile de foie de morue, l'huile de Chaulmoogra et le bleu de méthylène, le tribromométaxylénol.

D'autres ont un but vaccinal : l'antigène méthylique et le vaccin de Vaudremer. D'autres enfin sont des médications stimulantes de l'état général ou destinées à mettre à la disposition de l'organisme des matériaux de défense. Examinons-les successivement.

Ether benzyl-cinnamique. — Nous avions de vieille date appris à connaître l'efficacité de ce corps dans les tuberculoses génitales[5] et nous avions très souvent observé, sous son influence, la fermeture des fistules. Nous avions donc tout naturellement pensé que ce même corps pourrait être précieux dans le traitement de la tuberculose rénale; et, sous la forme spécialisée d'une solution huileuse de camphre, cholestérine et cinnamate de benzyle, il est de tous temps demeuré l'une des médications de base employée par nous dans la tuberculose rénale; c'est presque toujours par lui que nous commençons le traitement, en prescrivant habituellement une série de 24 injections intra-musculaires de 5 cm^3, tous les deux jours, avec possibilité de tomber à 2 injections par semaine vers la fin de la série. Les résultats sont, d'une manière presque constante, excellents. Il y a reprise nette de l'état général et, lorsqu'il existe un état fébrile modéré, celui-ci disparaît souvent de manière progressive.

Chlorhydrate de choline. — Nous avons assez régulièrement employé ce corps préconisé par MM. Carles et Leuret, mais toujours lors de cures d'entretien, chez des malades déjà stabilisés et en bon état. Il nous est donc difficile de bien juger de son efficacité, qui paraît cependant plus faible que celle des autres corps étudiés ici.

Huile de foie de morue. — Il s'agit ici de l'huile de foie de morue administrée en injections intraveineuses. Cette technique a été décrite par M. Cugnet dans le *Concours médical* des 11 et 18 Janvier 1942 pour le traitement des tuberculoses externes et des rhumatismes chroniques. Nous avons été personnellement témoin d'un résultat remarquable obtenu par cette méthode dans un cas de tuberculose iléo-cæcale, et nous en avons étudié l'emploi dans la tuberculose rénale. Disons tout de suite que le recul et un nombre suffisant d'observations nous manquent encore pour apprécier exactement la valeur de cette thérapeutique, mais cette valeur est certainement considérable. Comme avec l'éther benzyl-cinnamique, l'action sur l'état général est évidente et parfois même très rapide ; comme avec lui également, s'il existe de la fièvre, elle tend à diminuer. De plus, avantage non négligeable, nous avons très souvent noté une amélioration des symptômes de cystite. Enfin, dans deux cas exceptionnels où l'éther benzyl-cinnamique fut mal supporté, l'huile de foie de morue intraveineuse le fut très bien.

Nous avons employé des doses un peu plus faibles que celles qu'indique M. Cugnet. Notre première injection ne dépasse souvent pas 3/20 de centimètre cube; d'autre part, nous n'avons guère pratiqué plus d'une injection par semaine, de manière à laisser le malade se bien rétablir de sa réaction précédente avant de lui en provoquer une nouvelle. Enfin il nous a semblé qu'il existait pour chaque malade une dose optima qu'il n'y avait, une fois atteinte, aucun intérêt à accroître, au moins pendant un certain temps.

Huile de chaulmoogra et bleu de méthylène. — Ces deux corps ont été employés dans le traitement de la lèpre, le premier classiquement, le second par M. Montel notamment. L'huile de chaulmoogra avait quelquefois été utilisée dans le traitemeot de

1. La tuberculinothérapie a été récemment reprise par Jacquelin et ses collaborateurs; on consulterait en particulier avec fruit 2 articles : Indications et technique de la tuberculinothérapie. *Clin. et Lab.*, Septembre 1941, **38**, 169 ; De quelques incidents de la tuberculinothérapie et de leur signification. *La Presse Médicale*, 13-16 Août 1941, n°s 70-71, 884.

2. Boppe et Marcel : Réflexions sur la tuberculose rénale de l'enfant. — Macquet : Gravité actuelle de la tuberculose rénale chez les jeunes du Nord de la France. *J. d'Urol., Janvier-Février* 1942, **50**, n°s 1-2, 38.

3. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur au magistral article du Prof. Fey : « Les indications de la néphrectomie pour tuberculose » paru dans le *J. d'Urol.*, **49**, n°s 9-10, 385. Toute une série de conceptions non conformistes sur la tuberculose rénale y sont exposées, qui constituent autant de justifications du présent travail. R. Dossot dans le présent numéro de *La Presse Médicale*, consacre ci-dessus un chapitre à cette même question.

4. Discussion qui suivit la communication de M. Richer, « Section toute première du pédicule et section dernière de l'uretère dans les néphrectomies », à la séance du 18 Juin 1943.

5. Tissot et Chaignon : L'éther benzyl-cinnamique dans le traitement des tuberculoses orchi-épididymaires. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 Mai 1926, **50**, n° 18. Nous avons, à l'époque, pu suivre quotidiennement les malades traités par ces auteurs.

la tuberculose en raison des analogies biologiques entre le bacille de Hansen et le bacille de Koch. C'est en nous appuyant sur cette même analogie que nous avons tenté l'un et l'autre produit dans la tuberculose rénale.

Nous avons usé du chaulmoogra sous la forme de collobiase pour des cures d'entretien à la dose de 4 cg. tous les deux ou trois jours. Il est probable que cette drogue pourrait être utilisée aussi comme traitement d'attaque; nous avons, en effet, pu recueillir au moins deux tests de son action antituberculeuse. Le premier nous a été fourni par un ancien néphrectomisé chez qui une fistule thoracique a été tarie par une dizaine d'injections de collobiase ; le second, par un malade porteur d'une tuberculose pulmonaire fibreuse déjà ancienne, venu nous consulter pour un volumineux abcès froid du lobe prostatique droit, ouvert dans l'urètre, et chez qui nous avons mis en évidence une tuberculose rénale droite, d'ailleurs très discrète. Les symptômes fonctionnels et physiques prostatiques furent très nettement améliorés, en même temps que se manifestait une reprise sensible de l'état général.

Quant au bleu de méthylène, que nous avons employé sur une assez large échelle, nous en avons retiré surtout le bénéfice à peu près constant d'un abaissement de la température chez les fébricitants. Son action ne paraît cependant pas purement fébrifuge, mais bien antituberculeuse, car nous avons souvent vérifié qu'une affection banale intercurrente donnait l'habituelle élévation thermique aux malades soumis au bleu. Malgré tout, son action antituberculeuse ne nous a pas paru suffisante pour en justifier la prescription dans d'autres formes que les formes fébriles.

Il est à noter, d'autre part, que malgré l'intense coloration des urines consécutive aux injections, nous n'avons jamais constaté que les signes de cystite fussent améliorés.

On injecte le bleu, intra-veineux, à la dose initiale de 5 cm^3; puis, un, deux ou trois jours plus tard, suivant le résultat, à la même dose ou à dose plus élevée.

Avec la solution à laquelle nous nous sommes arrêté comme la mieux adaptée à cet emploi particulier [6], nous n'avons jamais dépassé 10 cm^3. Les incidents de l'injection, qui doit être poussée lentement, se bornent à une sensation de fourmillement généralisé, plus accentué souvent au niveau de la langue. Le malade prend aussitôt une teinte cadavérique dont il y a lieu de le prévenir et de ne pas s'effrayer.

Le *tribromométaxylénol* ne se trouve pas encore dans le commerce. Il se pratique à la dose moyenne d'une ampoule de 1 cm^3 par semaine, en injection intramusculaire. Nous avons essayé ce corps, dont nous poursuivons l'étude, chez 3 malades, à titre de cure d'entretien. Leur bon état s'est maintenu pendant toute la durée de son administration, et l'un d'entre eux, néphrectomisé que nous suivons depuis onze ans pour tuberculose du rein restant et qui présente une cystite fort difficile à réduire, en a éprouvé une très nette amélioration.

Nous ne nous étendrons ni sur *l'antigène méthylique* ni sur le *vaccin de Vaudremer*, dont tous les médecins ont la pratique. Nous avons personnellement retiré toute satisfaction de l'emploi du premier, mais nous noterons qu'il résulte d'une discussion à la Société française d'Urologie que leurs valeurs sont sensiblement égales.

Quant aux médications stimulantes de l'état général ou destinées à mettre à la disposition de l'organisme des matériaux de défense, nous ne saurions les énumérer : elles sont également connues de chacun, qui en fait choix selon son expérience. Rappelons seulement, en ce qui concerne le calcium, unanimement prescrit, que c'est sous la forme de gluconate qu'il semble le plus assimilable, et qu'il est logique de lui adjoindre les vitamines destinées à en faciliter la fixation.

Le schéma thérapeutique s'établira alors tout naturellement comme suit : d'abord, traitement d'attaque à l'aide de l'un des corps directement antibacillaires énoncés plus haut; puis, alternance de cures vaccinales et de cures d'entretien. Les médications générales et stimulantes seront prescrites simultanément dès le début.

*
* *

Avant d'en terminer, nous voudrions noter quelques points particuliers.

Voici le premier : nous avons souvent retiré un bénéfice net de l'administration d'acétate de testostérone dans les dix jours précédant les règles.

Le second concerne le climat à conseiller aux tuberculeux rénaux. L'altitude est généralement admise comme favorable. Or, pour un cas que nous avons suivi et quelques autres qui nous ont été rapportés, le séjour en montagne se révéla désastreux. De multiples exemples nous ont par contre convaincu que le meilleur climat, pour un tuberculeux rénal, était un climat égal, de pleine campagne, boisée de préférence, à petite altitude.

Le troisième est le suivant : MM. Legueu et Vrignaud avaient espéré pouvoir utiliser la réaction de Vernes pour le diagnostic de la maladie, et M. Maisonnet, conjointement avec le Besredka, pour son pronostic. Or, pour des tuberculeux rénaux évidents, et pourvu seulement que la localisation rénale fût chez eux isolée, nous avons habituellement trouvé des réactions de Vernes tout à fait normales, aux environs de 20 en moyenne. Il ne nous paraît donc pas que cette réaction puisse être ici d'un grand secours.

Telle est la contribution, malheureusement très incomplète, que nous avons pensé utile cependant d'apporter dès maintenant au traitement médical de la tuberculose rénale. Sans doute, au moins dans les formes ouvertes, les moyens médicaux sont-ils encore impuissants à guérir la maladie, si ce n'est d'une manière exceptionnelle ; mais de nombreux exemples nous ont enseigné que l'impossibilité de la veille était la chose courante du lendemain, et nous voulons espérer que l'interdit, autrefois jeté sur la possibilité même de cette guérison médicale, ne sera pas définitif.

6. Nous tenons à remercier ici M. Caron, chimiste des Laboratoires Robert et Carrière, qui a bien voulu nous préparer toutes les solutions de bleu destinées à nos essais, la meilleure et la plus maniable s'étant avérée être une solution isotonique à 3 pour 100, en ampoules de 5 cm^3.

LE REIN ARTIFICIEL

UN DIALYSEUR A GRANDE SURFACE

PAR MM.

W. J. KOLFF,

médecin spécialiste pour les maladies internes, attaché à l'hôpital municipal de Kampen (Pays-Bas) ;

H. Th. J. BERK,

directeur des Usines d'émail de Kampen ;

avec la collaboration de

M[lles] **M. TER WELLE,**

infirmière ;

A. J. W. VAN DER LEY,

MM. **E. C. VAN DIJK**

et **J. VAN NOORDWIJK**

Il se présente des cas d'urémie dont le seul aboutissement est la mort à bref délai. Si les reins ne rejettent pas suffisamment hors du corps les résidus inutiles à l'économie animale et d'autres substances, ceux-ci s'accumulent dans le corps même et dans le sang. De nombreux efforts, ayant pour but d'éliminer ces substances, à savoir l'urée, la créatinine, l'indoxyl et l'acide urique et d'autres encore, sans qu'on eût à passer par les reins, ont tous échoué jusqu'ici.

Or, toutes les substances excrétées par des reins normaux pouvant être dialysées, une tentative visant à leur enlèvement au moyen de la dialyse sembla devoir s'imposer. C'est ce qu'Abel, Rowntree et Turner avaient effectué déjà en 1912, et Haas et Necheles ont fait les mêmes expériences une dizaine d'années plus tard. Il y a, en somme, à faire passer le sang, au dehors du corps, par un système de membranes à dialyse et à l'y réintroduire ensuite ; il faudra donc veiller à ce que le sang reste à l'état liquide, condition à laquelle on peut satisfaire par l'administration d'héparine.

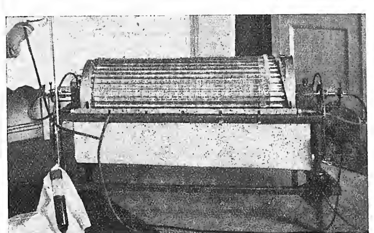


Fig. 1. — Le dialyseur vu de face. Le sang parcourt les 30 tours de spire du boyau en cellophane que l'on voit nettement revêtant le cylindre d'aluminium d'une mince tunique. Le cylindre est pourvu de crêtes. (Kolff et Berk. Le rein artificiel.)

Ce sera l'efficacité d'un tel rein artificiel qui décidera de la possibilité de son application à la clinique. L'usage veut qu'on exprime la gravité d'un cas d'urémie par la teneur du sang en urée, aussi nous sommes-nous laissés guider dans nos expériences préliminaires par cette idée et nous sommes-nous bornés à la dialyse de l'urée ; les molécules plus grandes devant être excrétées plus lentement par la dialyse, les molécules plus petites plus rapidement.

L'APPAREIL DIALYSEUR [1].

Le rein artificiel se compose d'un grand cylindre couché horizontalement et qui tourne sur son axe de façon que le segment inférieur plonge dans le bain qui se trouve dans un réservoir (fig. 1). 30 à 40 *m.* de boyau en cellophane sont enroulés en spirale autour du cylindre. Le sang circulera dans le boyau en cellophane, vide pour le reste, en descendant toujours vers le niveau le plus bas et quand le cylindre tourne, le sang suivra la spirale tout en y occupant toujours le niveau le plus bas. Le sang est amené dans le boyau en cellophane par un conduit de caoutchouc qui passe par un des arbres creux dans l'intérieur du cylindre pour en sortir à l'autre bout d'une façon identique. Dans les arbres creux le conduit de caoutchouc est interrompu par un couplage mobile.

Tandis que le sang passe en un mince filet par toute la longueur du boyau en cellophane, toutes les molécules de moindres dimensions sortent par dialyse alors que les molécules plus importantes, l'albumine et les globules, restent à l'intérieur. Afin de maintenir l'isotonie, on ajoute au bain des minéraux (une solution de NaCl à 0,7 pour 100) et de la glucose (1,5 pour 100) qui entrent par dialyse dans le sang.

Quand on fait passer par l'appareil 500 cm^3 d'une solution d'urée à 4 pour 1.000 on fait excréter par dialyse 1,2 *g.* d'urée en cinq minutes.

M. Dhont, médecin spécialiste des maladies internes à Zwolle, nous a adressé en Mars 1943 une de ses clientes pour que nous appliquions à son cas notre traitement : il ne savait que trop bien que pour elle il n'y avait rien à perdre, mais qu'elle pourrait y gagner peut-être une amélioration passagère. Il s'agissait d'une femme de 29 ans dont la

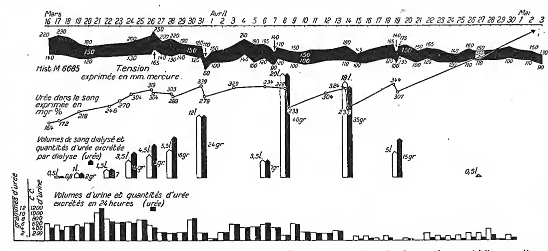


Fig. 2. — Courbe du sujet S. traité avec le rein artificiel. *En haut*, on voit représentées les tensions artérielles systolique et diastolique : leur écart est marqué par le noircissement. La teneur en urée est indiquée par une ligne : on constate qu'à chaque dialyse de plus grande envergure elle baisse, par exemple, de 339 à 278 mg. pour 100, etc. Les dialyses sont représentées par des colonnes. La colonne en blanc indique la quantité de sang dialysée. La colonne en noir indique la quantité d'urée excrétée par cette dialyse. — *En bas*, on a indiqué par des cubes en blanc les quantités d'urine excrétées toutes les 24 heures. La quantité d'urée excrétée avec cette urine est marquée par des cubes en noir. (Kolff et H. Th. J. Berk. Le rein artificiel.)

1. Voir de plus amples détails dans les *Archives néerlandaises de Physiologie*, 1943 (sous presse), dans le *Guide Médical* (Geneeskundige Gids), 1943, 409 et dans les *Acta Medica Scandinavica*, 1943 (sous presse).

vue, depuis Décembre 1942, baissait toujours. On avait constaté chez elle une rétinite albuminurique très développée, une hypertension 245-150 et de l'urémie. Après un mieux passager son état empirait rapidement, malgré le traitement de la Clinique. Le jour de son admission à l'hôpital, nous constatâmes que l'hémoglobine était descendue à 35 pour 100 ; la tension artérielle était de 220-140, la teneur en urée de 169 *mg.* pour 100. Notre malade se plaignait de battements de cœur et d'oppression ; elle souffrait d'orthopnée. Le cœur était fortement agrandi, on entendait un bruit de galop et quelques jours après une péricardite se déclarait.

Nous avons commencé par corriger la teneur en hémoglobine par des transfusions et nous avons mis fin aux saignements de nez par des cautérisations. Après cela les obstacles concernant l'état du cœur avaient cessé.

Comme nous ne savions pas du tout comment notre premier sujet allait réagir à la dialyse, nous avons cru prudent de commencer par des dialyses réitérées à petite échelle. Ce procédé eut le désavantage qu'il fallait chaque fois d'autres veines pour la ponction. En fin de compte il a paru possible de maintenir au même taux, pendant vingt-six jours consécutifs, la teneur en urée (*cf.* la courbe), bien que les reins n'aient que très peu excrété pendant ces mêmes jours[2].

Lorsque nous n'avons plus disposé de veines pour la ponction, nous avons eu recours à des artères, mais les incisions nécessaires pour la préparation des artères se trouvèrent causer de fâcheuses hémorragies (ne pas oublier l'effet de l'héparine).

Lorsque la 12e dialyse échoua par suite de la lésion d'une artère lors de sa préparation, la teneur en urée, que nous recherchions dans le sang du sujet, monta rapidement jusqu'à 640 *mg.* pour 100, de sorte que la mort s'ensuivit.

2. Voir pour de plus amples détails l'article sus-mentionné dans le *Guide Médical*, 1943, 409.

L'autopsie a révélé la présence de reins sclérotiques et le Prof. J. J. Th. Vos a constaté au microscope l'image de la néphrosclérose authentique.

LES SYMPTÔMES CLINIQUES DE L'URÉMIE AU COURS DU TRAITEMENT.

Durant les quatre premiers jours, après les dialyses les plus importantes, le sujet se portait souvent étonnamment bien et était complètement lucide. De nombreuses complications, entre autres une grave otite moyenne bilatérale, ont rendu difficile une juste appréciation. Par contre, la vue s'était beaucoup améliorée ainsi que les foyers blancs irradiants des papilles, ce qui s'explique peut-être par le fait que la tension artérielle a toujours baissé après les dialyses plus importantes.

L'espoir que la production d'urine chez cette malade s'améliorerait après un abaissement passager ne s'est pas réalisé. La production d'urine baissait toujours, de sorte que la possibilité de la vie finissait par dépendre entièrement du rein artificiel.

L'urine contenait peu d'albumine, il n'y avait jamais trace d'hémoglobine et on n'a constaté que rarement quelques leucocytes.

SUBSTANCES EXCRÉTÉES PAR LE REIN ARTIFICIEL.

Au cours des dialyses les plus importantes nous avons fait excréter respectivement 24, 40 et 35 *g.* d'urée en quelques heures.

La teneur en urée du sang qui passait par le rein artificiel baissait pendant cette circulation de 324 à environ 50 *mg.* pour 100.

La teneur en créatinine de 5,4 à 2,2 *mg.* pour 100.

Le reste Az de 188 à 50 *mg.* pour 100.

La teneur en acide urique de 9,7 à 4,5 *mg.* pour 100.

La teneur en sulfaméthylthiazol de 15,3 à 8,3 *mg.* pour 100.

Vu que dans les dialyses plus importantes c'étaient respectivement 12, 20 et 18 litres de sang qui passèrent par le rein artificiel, on peut se faire une idée des quantités de ces substances que la dialyse a enlevées. Ajoutons que l'indoxyl, le potassium ionisé et le calcium ont également été excrétés par dialyse.

Du glucose et du Cl ionisé qui avaient été ajoutés au bain sont passés dans le sang du sujet par le moyen de la dialyse.

Résumé. — Le rein artificiel est un dialyseur de petit volume ; il a une surface d'environ 20.000 *cmq*: le sang du sujet y est purifié par la dialyse de ses produits de rétention.

Chez un même sujet nous avons pu excréter par dialyse en une heure et demie, en quatre heures et en six heures respectivement 24, 40 et 35 *g.* d'urée. D'autres produits de rétention ont été également excrétés par dialyse. C'est ce que nous avons pu démontrer pour l'azote résiduel, pour l'acide urique, la créatinine et l'indoxyl.

Nous croyons être à même de sustenter un malade souffrant d'urémie et d'anurie tant qu'il y aura des veines disponibles pour la ponction.

Dans le cas d'urémie aiguë il est possible que les fonctions rénales se rétablissent du fait de cette dialyse.

Le sulfaméthylthiazol et d'autres substances à petites molécules (toxiques) peuvent également être éliminées par dialyse.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Mars 1944.

Rapport sur les jus de fruits et les boissons artificielles. — M. Martel, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, propose une série de vœux tendant : 1° à l'interdiction de l'emploi des antiseptiques, des aromes et parfums synthétiques et des colorants dérivés de la houille dans les jus de fruits; 2° à l'obligation d'indiquer la proportion centésimale de saccharine lorsque celle-ci est tolérée; 3° au remplacement de l'épithète « fantaisie » par celle « artificiel » pour les produits fabriqués sans avoir recours aux éléments essentiels de base; 4° à la suppression des mesures qui permettent de vendre des sodas ou des limonades ne renfermant que de l'eau gazéifiée par l'acide carbonique, des produits de synthèse, de la saccharine et des colorants artificiels.

— Ces conclusions sont adoptées.

Rapport au nom de la Commission de la vaccination antidiphtérique-anti-tétanique. — M. Lemierre, rapporteur, rappelle qu'on ne connaît aucun cas de diabète créé par cette vaccination ou aggravé par elle ; néanmoins, il paraît prudent de maintenir le diabète comme contre-indication permanente et de toujours rechercher la glycosurie avant la vaccination ; s'il est impossible, en raison des circonstances actuelles, de se procurer de la liqueur de Fehling, on est autorisé à procéder malgré tout à la vaccination car le diabète est beaucoup plus rare chez l'enfant que la diphtérie.

Nouvelles observations de tumeurs mammaires spontanées et transplantables chez le rat blanc. — MM. Roussy, P. et M. Guérin ont étudié 40 nouvelles tumeurs mammaires spontanées du rat, pour la plupart fibro-adénomes, exceptionnellement fibrome pur, adéno-myome, epithélioma développé sur adénô-fibrome. Trois fibro-adénomes ont été transplantés; l'un a donné 40 tumeurs sur 120 rats en 3 passages; l'influence du sexe a été confirmée par l'échec de la greffe chez les mâles ou les castrés; la possibilité de transformation sarcomateuse a été établie; les deux autres tumeurs se sont caractérisées par la longue latence du greffon et la conservation du type architectural.

Le taux des cuti-réactions négatives chez les externes des hôpitaux. — M. E. Rist, à l'occasion des examens de dépistage des externes des promotions 1937, 1938 et 1939, a pratiqué sur 1.030 d'entre eux une cutiréaction à la tuberculine; 117 externes, soit 11,35 pour 100, ont réagi négativement ; le pourcentage des réactions négatives a été un peu plus élevé chez les femmes (15,83 pour 100) que chez les hommes (10,47 pour 100). Chez les lycéens des classes supérieures, de même âge que les externes, le pourcentage des non-allergiques a varié à la même époque entre 43 et 38 pour 100 et chez les élèves des grandes écoles de 43 à 37 pour 100.

La transfusion de sang d'urgence. — M. Binet présente une note de MM. Leroux et Mirallié qui montrent que contre le choc nerveux traumatique, la transfusion de sang est inutile et parfois même nuisible ; réchauffer le blessé, lui injecter du sérum artificiel chaud intraveineux, utiliser morphine et adrénaline sont pour eux les méthodes de choix; la transfusion est indiquée contre le choc par anémie aiguë.

Troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs d'origine traumatique. — M. Jayle rapporte l'observation d'un sujet ayant eu un éclat métallique intra-oculaire extrait au bout de 24 heures, qui a présenté après 6 semaines de l'œdème rétinien puis une dégénérescence de la macula ; l'origine vaso-motrice de la complication est prouvée par les résultats remarquables mais passagers des infiltrations stellaires. La même origine se retrouve chez un autre sujet qui, un an après avoir eu l'œil traversé par un éclat métallique, a présenté une rétinite proliférante et un décollement de la rétine.

21 Mars.

Remarques au sujet de la conservation des aliments par le froid. — M. Martel montre que le froid ne peut aseptiser les aliments; son rôle est d'autant plus avantageux que l'aliment est plus proprement récolté; la viande très proprement préparée à l'abattoir est de conservation moins difficile que la viande souillée; les enzymes ne sont pas tout à fait inhibées par le froid; à la longue, le froid peut assainir les chairs infestées (cysticercose, trichinose); la congélation très prolongée peut réduire l'importance de la microflore des aliments; la stabilisation par le froid n'est que relative; la stabilisation de certaines hormones est obtenue par le froid (insuline des pancréas à — 20°). Le lait, les œufs réfrigérés conservent bien, mais pendant un temps limité, la plupart de leurs qualités; les fruits et les légumes ont leur vie ralentie par le froid; on ne peut parler de lait resté vivant grâce au froid.

Le pronostic éloigné de l'infarctus myocardique. — M. A. Clerc envisage ce pronostic en ne retenant que les formes franches aigues, vérifiées électrologiquement; 45 pour 100 des sujets meurent dans les 1res semaines et près de 60 pour 100 avant la 2e année; mais ce cap passé, le pronostic devient moins sombre qu'on le pensait autrefois, la survie moyenne varie entre 3 et 4 ans; au moins 20 pour 100 des sujets dépassent la 5e année et on connaît des survies considérables : jusqu'à 33 ans. Si certains sujets sont de véritables invalides, d'autres font preuve d'une résistance satisfaisante. Le pronostic est très difficile à fixer au début; il dépend, plus que des médications ou du régime, du repos qu'il est essentiel d'imposer dès le début et de prolonger rigoureusement pendant plusieurs semaines.

Propriétés biologiques de la coryllophiline. — MM. Levaditi, Pénau, Pérault, Noury et Degos étudient ce principe élaboré par un *Penicillium* et qui est différent de la pénicilline de Fleming; il est très actif, *in vitro*, sur le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque qu'il lyse au milliardième; il lyse aussi *Treponema equiperdum* et *Treponema pallidum*; cependant, il n'a pas d'effet thérapeutique chez la souris et le lapin infectés par le staphylocoque, le streptocoque, les trypanosomes ou les spirochètes; par contre il est manifestement curatif en applications locales chez l'homme dans les cas d'anthrax graves, furoncles, hydrosadénites et ulcères de périonyxis.

Botulisme et jambons salés. — M. Legroux et Mme Jéramec. attirent l'attention sur la fréquence relative du botulisme par consommation de jambons mal salés; ils ont étudié 42 jambons contaminés en provenance de tous les départements; leur aspect était plus suspect que repoussant; pour éviter tout accident, il importe de porter les tranches minces avant consommation à une température de 70 à 80°; il faut aussi donner aux producteurs une quantité de sel suffisante pour assurer une bonne conservation.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

8 Mars 1944.

Deux cas de griffe de la main. — M. Sicard les apporte à propos du procès-verbal.

Enchevillement des fractures de la clavicule. — M. Goumain fait un enchevillement à broche perdue.

Une quatrième observation de schwannome gastrique. — MM. Mondor, Olivier et Périer ont fait le diagnostic sur l'image radiographique très caractéristique.

Equerre de correction pour enclouage du col du fémur. — M. B. Duhamel. M. Cadenat, rapporteur. L'auteur a conçu un appareil très simple qui donne d'excellents résultats.

Syndrome abdominal aigu par torsion d'une rate surnuméraire pédiculée. — M. Ameline communique cette observation de M. Razemon : Torsion d'une rate surnuméraire pédiculée chez un sujet porteur de 5 rates juxtaposées. La symptomatologie portait une contracture grave et une forte irradiation vers l'épaule gauche. L'auteur fait suivre son observation d'une revue de la pathologie des rates surnuméraires.

Lésions des ganglions sympathiques chez un blessé du membre supérieur. — M. Baillet étudie les lésions histologiques des ganglions stellaires chez un blessé, lésions de sclérose, neurophagie et infiltration lymphocytaire.

— M. Moulonguet, rapporteur, insiste sur la rareté et l'intérêt de ces lésions.

Prolapsus transanal du côlon invaginé. — M. Charrier rapporte ce travail de M. Chigot. Chez sa malade, l'auteur, par voie médiane et transanale, réalisa l'extirpation du boudin.

Gastrectomie pour exclusion. — MM. Bazy, Lortat-Jacob et Maignan proposent une technique de duodénectomie par voie rétrograde qui évite la plupart des gastrectomies pour exclusion.

Enclouage des fractures diaphysaires des os longs par tige d'acier (méthode de Kuntscher). — MM. Jeanneney et Magendie exposent les résultats de la méthode de Küntscher modifiée par Christian Rocher. Des critiques seront présentées ultérieurement par M. Leveuf.

Un cas de dilatation aiguë de l'estomac. — M. Flahaut. M. Cadenat, rapporteur.

Gangrène utérine et septicémie à vibrion septique après avortement spontané chez une malade porteuse de fibromes multiples. — M. Merle d'Aubigné.

Présentation de malade. — M. Sauvé.

15 Mars.

M. *le président annonce le décès de M.* Huard.

A propos de l'enchevillement des fractu es des os langs par tige métallique. — M, Meillière. M. Leveuf lit un travail de Michel-Béchet et Godard. Il s'agit de l'emploi de broches de Kirschner qui, malgré leur faible volume, donnent une solidité rapide. L'ostéosynthèse ainsi faite est temporaire et facile à enlever. L'expérimentation a montré que la broche intramédullaire détermine une ostéogénèse remarquable.

Rétablissement de la continuité intestinale après résection du côlon pelvien par suture sur drain. — MM. d'Allaines et Pointeau ont traité 17 malades après résection par une anastomose bout à bout sur drain entre côlon et rectum. Ils insistent sur la nécessité de drainer largement et d'avoir fait préalablement une dérivation temporaire.

— M. Ameline cite 8 cas voisins opérés par lui. Il insiste sur la difficulté de l'invagination au niveau du méso.

— MM. Soupault, Sénèque, Moulonguet, Basset apportent des exemples analogues.

Huit cas de volvulus du cæcum. — M. Gatellier rapporte un travail de MM. Longuet et Billet, qui discutent surtout la thérapeutique. Les seuls résultats heureux sont donnés par la détorsion ou la colectomie.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Mars 1944.

Pleurésie purulente à bacille fusiforme. — MM. M. Brulé, E. Gilbrin et M. Pestel rapportent une observation de pleurésie purulente primitive à bacille fusiforme, affection dont les observations restent encore très rares. Visible sur les frottis de pus et semblant prendre le Gram, le bacille fusiforme ne cultivait qu'en anaérobie et, en réalité, ne prenait pas le Gram. Quoique apparue chez un sujet âgé, l'affection demeura relativement bénigne, grâce à un traitement sulfamidé; mais la pleurotomie fut nécessaire, qui amena la guérison.

Syndrome d'Ehlers-Danlos fruste associé à une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne. — MM. P. Nicaud, A. Lafitte et S. Buhot. Le syndrome d'Ehlers-Danlos fruste est caractérisé chez un homme de 61 ans par une hyperlaxité articulaire portant exclusivement sur les articulations des doigts des deux mains et par une hyperélasticité cutanée généralisée à tout le tégument. Pas de fragilité tégumentaire, ni de cicatrices atrophiques, ni de pseudo-tumeurs molluscoïdes, ni d'ecchymoses, ni de troubles de la crase sanguine. Il s'agit donc d'un syndrome d'Ehlers-Danlos fruste. Il existe, de plus, chez ce malade, un syndrome amyotrophique type Aran-Duchenne, un signe de Chvostek intense, une cataracte bilatérale de type sénile, une décalcification avec ostéoporose rachidienne, une cyphose dorsale, une raréfaction du système pileux, une chute de toutes les dents et une cachexie profonde dus à de fortes restrictions alimentaires. Aucun signe de lésion endocrinienne.

L'amyotrophie est diffuse, mais prédomine aux membres supérieurs et aux éminences thénar et hypothénar; elle s'accompagne de secousses fasciculaires et d'abolition des réflexes sans aucun trouble de la sensibilité. L'étude des réactions électriques montre un syndrome de dégénérescence partielle qui plaiderait en faveur de la poliomyélite antérieure chronique. On pourrait penser aussi à une myotonie atrophique de Steinert. Enfin la même étiologie pourrait peut-être expliquer à la fois le syndrome cutanéo-articulaire et le syndrome neurologique.

Un cas de méningite à pneumocoques sulfamido-résistants traité par la pénicilline. — MM. René Martin, B. Sureau et A. Vittoz rapportent l'observation d'un nourrisson de 4 mois atteint de méningite à pneumocoques. Après 17 jours d'un traitement sulfamidé inefficace, devant la sulfamido-résistance de la souche (les pneumocoques poussaient encore en présence de 450 mg. pour 100 de sulfamide) et l'aggravation de l'état, ils instaurent un traitement pénicillé intra-rachidien. En 24 heures le liquide céphalo-rachidien est stérilisé; dès la suspension du traitement par voie rachidienne une rechute se produit, jugulée en 48 heures par un nouveau traitement pénicillé. Malgré tout, l'évolution se termine par la mort. Mais il faut noter que le traitement n'a été mis en œuvre qu'au 18e jour de la maladie chez un nourrisson de 4 mois.

Ictère spirochétosique. Augmentation de la lipidémie et du rapport lipides totaux/cholestérol du sang. Etude des modifications du rapport sérine/globuline. — MM. P. Nicaud et A. Lafitte confirment dans une nouvelle observation d'ictère spirochétosique le résultat des recherches biologiques déjà publié dans des observations antérieures. Le taux de la lipidémie est monté jusqu'à 24 g. 50. Il était de 15 g. 72 en période apyrétique, de 9 g. au moment de la recrudescence fébrile et est redescendu à la normale au moment de la convalescence. L'urée sanguine était à 2 g. 20.

Le chiffre des protides totaux est resté sensiblement normal. A la période d'état on notait une légère hyposérinémie (38 g. 4) et une légère hyperglobulinémie (45 g. 6). Au moment de la recrudescence fébrile il y avait hyposérinémie (30 g.) et abaissement du rapport sérine/globuline. Pendant la convalescence ce rapport est redevenu normal.

L'augmentation de la lipidémie paraît donc constante dans les ictères spirochétosiques. Le taux du cholestérol restant sensiblement normal. Le rapport lipides totaux/cholestérol est augmenté. Le taux des protides reste normal. La sérine est passagèrement diminuée pendant la période d'état et le rapport sérine/globuline un peu abaissé.

Spirochétose méningée hémorragique. — MM. P. Nicaud, A. Lafitte et S. Buhot. Une spirochétose méningée a été caractérisée dès son début par un syndrome méningé aigu analogue à celui d'une méningite cérébro-spinale : céphalée très vive, contractures diffuses et intenses, hyperesthésie cutanée, myoclonies faciales, température à 39°. A la ponction, liquide clair renfermant 345 éléments par millimètre cube à prédominance lymphocytaire. Trois jours plus tard, après 3 crises comitiales, une nouvelle ponction a ramené un liquide franchement hémorragique dans les 3 tubes et très hypertendu. Ce changement a coïncidé avec l'apparition d'herpès naso-labial. Il existait une petite hémorragie rétinienne droite. La contracture est restée longtemps intense et persistante et s'est accompagnée de troubles sphinctériens. Il y a eu, au 8e jour, une chute de la température suivie d'une reprise fébrile. Au 10e jour, le liquide céphalo-rachidien était toujours hémorragique. Le 15e jour, le liquide était devenu xanthochromique avec 160 éléments. L'évolution a duré environ 3 semaines et s'est terminée par la guérison complète. Un seul cas de spirochétose méningée hémorragique a été publié en 1940 par M. Boquien. Il s'agit donc d'une forme très exceptionnelle. Il y a eu dans cette nouvelle observation un stade initial à liquide clair et un stade hémorragique plus tardif.

Ablation d'un adénome cortico-surrénal chez une hypertendue. — MM. M. Duvoir, J. Pautrat et P. Desclaux ont fait, chez une hypertendue maligne, pratiquer une surrénalectomie gauche. L'intervention montra un adénome cortico-surrénal qui fut enlevé en totalité. L'influence de l'intervention sur le chiffre de la tension artérielle fut peu marquée. Après une phase de diminution elle revint à son taux antérieur. Mais, ainsi que l'ont déjà indiqué de nombreux auteurs dans des cas analogues, les phénomènes fonctionnels ont régressé de façon très notable et disparu pour certains d'entre eux.

— M. Lenègre rappelle les résultats décevants que lui ont donné les interventions chirurgicales très complètes qu'il a fait pratiquer chez de grands hypertendus.

Transplant à une addisonienne du cortex surrénal d'une hypertendue. — MM. M. Duvoir, J. Pautrat et P. Desclaux ont suivi une addisonienne de 42 ans chez laquelle ils ont fait un transplant de cortex surrénal humain adulte. Cette malade avait été traitée auparavant par de la désoxycorticostérone. Des doses importantes étaient alors nécessaires pour son maintien en équilibre. A la suite de la greffe l'état général s'est considérablement amélioré et depuis 2 ans on a pu se contenter de doses 5 fois plus faibles. On peut donc penser que la greffe a eu une influence sur cette évolution.

Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie. — MM. Jean Lereboullet et R. Rogé rapportent une observation typique de chorée fibrillaire de Morvan avec contractions fibrillaires diffuses de type vermiculaire, algies à type de brûlure avec syndrome acroparesthésique, sueurs abondantes, éruptions cutanées, insomnie, troubles psychiques, évolution lente vers la guérison. A ces symptômes s'ajoutaient une hypertension artérielle modérée et de rares crises de contracture de type extra-pyramidal. Les auteurs soulignent la parenté étroite qui unit chorée de Morvan et acrodynie et considèrent qu'il s'agit de 2 modalités symptomatiques de l'atteinte du système nerveux, et en particulier du système neuro-végétatif encéphalo-médullaire, par un même virus neurotrope.

Un cas d'acrodynie de l'adulte. — MM. Duvoir, Jean Lereboullet, Poumeau-Delille et Bouygues relatent un cas typique d'acrodynie chez une femme de 39 ans, avec syndrome acropathologique très intense, insomnie, légers troubles psychiques, instabilité tensionnelle. L'électroencéphalogramme était par contre peu modifié. Les auteurs discutent la parenté de l'acrodynie de l'adulte avec l'acrodynie infantile, la chorée fibrillaire de Morvan, les polyradiculo-névrites infectieuses et l'encéphalite épidémique. Ils pensent que, malgré les inconnues que présente encore sa pathogénie, cette affection doit trouver sa place dans le cadre des infections à virus neurotrope.

— M. Julien Marie défend l'autonomie de l'acrodynie infantile.

Vacances de la Société. — Dernière séance avant Pâques, le 24 Mars 1944. Première séance après Pâques, le 28 Avril 1944.

17 Mars.

Réactions péricardique et pleurales puriformes aseptiques après injections de propidon. — MM. Marcel Perrault, J.-B. Bouvier et Leger ont observé chez une jeune fille de 17 ans traitée pour un furoncle banal de l'aile droite du nez par 3 injections de propidon la survenue d'un état d'allure septicémique avec fièvre élevée, hyperleucocytose et polynucléose, sanguines importantes, mais hémoculture négative, épanchements péricardique et pleuraux puriformes aseptiques, éruption érythémato-vésiculo-pustuleuse également aseptique. Après sulfamidothérapie, guérison rapide et complète de cet ensemble de manifestations tout à fait insolites dans le cadre des réactions consécutives à la thérapeutique de choc.

Fièvre quarte méconnue et latente extériorisée à l'occasion d'un pneumothorax thérapeutique. — MM. R. Even et L. C Brumpt, au sujet de cette observation de paludisme à *Plasmodium malariæ* survenu chez une tuberculeuse pulmonaire 18 jours après l'institution d'un pneumothorax, éliminent les paludismes accidentel et autochtone. Ils concluent à une rechute tardive après 13 ans de latence d'un paludisme de l'enfance passé inaperçu. La malade, en effet, avait vécu en Espagne aux environs de Bilbao jusqu'à l'âge de 3 ans. Ils discutent ensuite le mécanisme déclenchant les accès: le pneumothorax a pu agir à titre de traumatisme banal ou en exprimant dans la circulation générale des hématies parasitées ou en provoquant une résorption massive de tuberculine ou enfin en excitant le système réticulo-endothélial pulmonaire, siège possible de l'hypothétique schizogonie endothéliale.

Un cas d'érythrémie traité par ankylostomose provoquée. — MM. Laederich, L. Brumpt, Teyssier et J. Gosset présentent un cas de maladie de Vaquez qu'ils ont traité selon la technique préconisée, en 1940, par MM. Duvoir, Pollet, Brumpt et Chénebault.

Chez cet homme de 51 ans l'érythrémie, qui avait résisté à la radiothérapie, céda en 3 mois après l'inoculation de 700 larves d'ankylostome; la polyglobulie de 9 à 10 millions fit place à une légère anémie de 4.500.000, stabilisée depuis 9 mois; l'érythrose et tous les signes fonctionnels dus à la pléthore sanguine disparurent en même temps et, fait remarquable, l'hypertension de 21-14 tomba simultanément à 14-7. Cette observation a permis de suivre cliniquement les phases successives de la maladie parasitaire inoculée, y compris la réaction trachéale passagère de « catarrhe des gourmes ». Les signes cliniques de la duodénite ont été particulièrement marqués ; ils constituent le seul inconvénient de cette thérapeutique biologique, d'ailleurs sans danger et remarquablement efficace.

— M. Lhermitte rappelle qu'une théorie actuellement en faveur fait jouer un rôle important au mésocéphale dans l'érythrémie. Chez un malade qu'il a observé la radiothérapie a amélioré l'érythrémie, mais les phénomènes cérébraux (cataplexie, etc.) n'ont pas été modifiés.

— M. Decourt a eu avec la télérœntgenthérapie totale un succès qui se maintient depuis 7 ans.

Encéphalite morbilleuse psychosique avec hypersialorrhée chez un homme de 27 ans. — M. L. Christiaens, au cours d'une petite épidémie rurale survenue dans le Nord, a noté l'existence de plusieurs formes nerveuses : 3 formes comateuses avec 2 morts et une forme myélitique. L'un de ces cas, celui qui fait l'objet de la communication, était remarquable par la préseoce d'une extraordinaire sialorrhée : 10 litres en 30 heures, dont l'apparition a précédé celle d'un syndrome confusionnel. Le malade traité par le sérum de convalescent et par un abcès de fixation a guéri sans séquelle.

Coma hypoglycémique spontané mortel. — M. Mondon (Toulon) a trouvé chez ce malade une aglycémie et une aglycorrachie et, à l'autopsie, des lésions marquées du pancréas ainsi qu'une disparition du glycogène hépatique.

— M. Lhermitte a vu plusieurs cas de coma hypoglycémique spontané mortel. Il insiste sur les lésions de l'hypophyse antérieure; le pancréas était normal.

— M. Fiessinger conteste la possibilité d'une aglycémie. Expérimentalement chez le chien on trouve peu de lésions hypophysaires.

La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne, syndrome nouveau ou maladie nouvelle? — M. P. Mollaret présente 2 malades et donne l'ensemble de sa documentation clinique remontant à 15 ans et lui permettant de proposer l'isolement d'une entité nouvelle. Celle-ci se caractérise par une triple individualité. *Individualité clinique :* série d'épisodes à début brutal avec fièvre, syndrome méningé, douleurs et, à titre exceptionnel, crise d'épilepsie; le tout ne dure que 24 à 48 heures en moyenne (parfois moins) et ne laisse aucune séquelle; l'examen neurologique et viscéral est entièrement négatif. *Individualité humorale :* le liquide céphalo-rachidien montre, dans les 12 premières heures, une dissociation cyto-albuminique ; hyper-albuminose moyenne avec pléocytose formidable (1.000, 2.000 et plus) comprenant 25 pour 100 de lymphocytes, 25 pour 100 de polynucléaires et 50 pour 100 de cellules endothéliales; le tout disparaît très rapidement en quelques jours; à noter dans le sang une leucopénie sans modification de la formule. *Individualité évolutive :* les accès se répètent pendant plusieurs années, espacés de 2 ou 3 mois pendant la première année; de 1 mois à 15 jours pendant la deuxième année, pour s'espacer à nouveau et s'atténuer finalement.

Les examens directs, ultramicroscope compris, et après colorations, les cultures, les inoculations aux lapins, cobayes, souris, singes (4 espèces différentes) du liquide céphalo-rachidien, du sang et des urines n'ont donné jusqu'à présent aucun résultat. Peut-être une origine non infectieuse, mais allergisante doit-elle être envisagée ? Des essais d'inoculations intraveineuses et intrarachidiennes à l'homme n'ont pas permis de trancher le débat.

L'individualité de cette entité semble cependant certaine et d'autres observations seront sans doute publiées quand on connaîtra les raisons expliquant une méconnaissance facile. L'étiquette, actuellement proposée et sans doute provisoire, ne vise qu'à synthétiser les traits majeurs de cette nouvelle maladie.

— M. Marquézy a observé un cas calqué sur ceux de M. Mollaret. Il insiste sur le début très brutal des crises, l'intensité des symptômes méningés, la dissociation albumino-cytologique, la négativité complète de l'examen neurologique entre les crises, la dégradation assez rapide des symptômes.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

11 Mars 1944.

Splénocontraction et polyglobulie. — M. M. Bariéty et et Mlle D. Kohler recherchent l'action, sur le nombre des globules rouges du sang circulant chez le chien chloralosé, d'un grand nombre d'agents pharmacodynamiques naturels et de synthèse produisant la splénocontraction. Ils montrent que, sauf l'éphédrine et l'adrénaline, aucun des nombreux corps étudiés ne provoque l'augmentation des globules rouges. Ce n'est donc pas un facteur mécanique seul qui est en cause dans la polyglobulie éphédrinique ou adrénalinique. Le mécanisme intime de celle-ci doit être particulièrement complexe du fait que les poisons nicotiniques, qui déterminent une décharge d'adrénaline secondaire, donnent lieu à la splénocontraction sans produire non plus de polyglobulie.

Projection électroencéphalographique des lésions basses du névraxe. — MM. Ivan Bertrand, J. Godet et R.-S. Lacape Des lésions basses du névraxe, bulbo-protubérantielles ou médullaires, de nature néoplasique ou traumatique, peuvent se traduire dans la région rolandique par des orages électriques survenant spontanément ou après hyperpnée. L'excitation de la voie motrice est déterminée directement par le foyer lésionnel, présentant ainsi un caractère rétrograde dans sa transmission cérébrale.

Ces faits montrent les réserves qui s'imposent dans l'étude encéphalographique des tumeurs cérébrales. Dans l'épilepsie par analogie, ils confirment la possibilité d'une origine profonde des orages électriques.

Immunisation du cheval à l'aide du virus et de l'anavirus aphteux. Propriétés neutralisantes et préventives du sérum obtenu à l'égard de l'agent de la fièvre aphteuse. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer, P. Minguet et F. Yeu.

Appréciation des propriétés « neutralisantes » spécifiques d'un sérum anti-aphteux obtenu chez le cheval. Nécessité de l'emploi d'un sérum étalon. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer, E. Lasfargues et Paul Ramon.

Nouvelle microméthode de dosage de la prothrombine du sang. — M. J.-P. Soulier.

Action protectrice envers la lésion exercée dans la tuberculose expérimentale du cobaye par l'administration de ferments dégradateurs de lipoïdes bacillaires (nucléoprotéides et phospholipides). — M. F. Maignon.

Action de la sulfanilamide sur le « Paramecium caudatum ». — MM. R. Pérault, M.-L. Erichsen et D. Benoist.

Effets des inoculations de la souche neurotrope du virus aphteux dans la membrane chorio-allantoïde de l'œuf incubé de poule. — MM. C. Levaditi, R. Pérault et C. Sergent.

Etude comparée de la fluorescence provoquée chez les bactéries par la thioflavine ou par l'orangé d'acridine. — M. Jean C. Levaditi.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

13 Décembre 1943.

La stase duodénale provoquée, procédé simple, rapide et fidèle d'améliorer la visibilité radiologique et les détails de l'image du bulbe ulcéreux. — M. Porcher ayant observé que l'administration de morphine à la dose de 0 cg. 01 à 0 cg. 04 déterminait, d'une part, une hyperkinésie gastrique et, d'autre part, le plus souvent, une atonie duodénale, propose d'utiliser cette réaction pharmacodynamique pour obtenir de meilleures images

radiologiques du bulbe ulcéreux. Sur 84 malades ayant reçu 0 cg. 01 de morphine, 71 cas ont donné des images améliorées plus nettement qu'avec le calcium-atropine. Quant au mécanisme de cette action, elle est discutée et il est peut-être nécessaire de faire intervenir un facteur personnel.

— M. Chêne a remarqué avec M. Bourdon des faits analogues d'hyperkinésie gastrique et il présente 3 clichés empruntés au Mémoire de M. Bourdon concernant 3 cas de dyskinésie œsophagienne dont les contractions ont été diminuées par l'atropine-calcium, sans que soit accéléré le transit œsophagien, alors que l'inhalation de nitrite d'amyle déterminait une vidange en masse de l'œsophage.

— M. Albot utilise une technique différente : l'administration de morphine est toujours précédée par celle d'atropine-calcium. Sur 10 cas, 2 fois la niche est rendue visible par l'atropine; les autres fois elle ne l'a été que par la morphine. L'atropine préalable diminuerait peut-être l'action spasmogène de la morphine.

— M. Hillemand pense que les contradictions observées expérimentalement et cliniquement sous l'action de la morphine chez les malades relèveraient peut-être d'une question de doses. Il rappelle les faits observés chez les toxicomanes déjà mentionnés par M. Porcher.

— M. Moutier par la gastroscopie a une certaine expérience des agents pharmacodynamiques. L'action des deux agents semble plus grande sur le cardia, car le spasme de biloculation n'est pas toujours empêché. La morphine injectée en association avec la scopolamine donne un silence gastrique plus complet, encore que cette action soit assez variable d'un sujet à l'autre.

— M. Porcher pense que l'injection sous-cutanée de morphine est d'un emploi très commode. En conclusion, il semble que le bulbe soit le seul organe qui ne soit pas sensible à la morphine.

Sur l'anesthésie huileuse dans les fissures anales. — M. E. Perier, ayant observé 3 abcès à la suite d'injection huileuse dans le traitement des fissures anales, rappelle brièvement les avantages et les inconvénients de cette méthode et cherche les moyens d'éviter de tels accidents.

— M. Arnous sur 100 injections pratiquées par lui depuis 1936 a observé 6 cas d'abcès. Tous les accidents étant survenus dans une même période et étant apparus avec des ampoules du même lot, il était logique d'incriminer un défaut dans la tyndallisation du produit.

Les injections intra-sphinctériennes d'huile anesthésique dans les traitements de fissures anales. — M. Rachet rappelle d'abord les incidents mis sur le compte des injections huileuses. Sur 242 cas il a observé 2 petits abcès dus au dépôt accidentel d'une goutte sous la peau; 2 escarres sous-cutanées n'ayant déterminé qu'un peu de prurit; 1 abcès sous-muqueux s'étant ouvert dans le canal anal et suivi d'une cicatrisation lente en 4 mois sans chirurgie. Sur 97 cas traités à sa consultation de l'hôpital, il n'est survenu aucun accident. Pour les expliquer il faut incriminer soit un défaut de technique, soit un défaut de préparation du produit, ce qui fut le cas dans les observations rapportées par Arnous. Pour les autres, il s'agit d'erreur de technique : injection d'huile soit dans le plan sous-cutané, soit dans le plan sous-muqueux, alors que l'injection doit être intra-musculaire et intra-sphinctérienne. Il indique ensuite les causes qui peuvent intervenir dans la qualité du produit. Toutes les fissures ne doivent pas être traitées au fissurol.

1° La fissure simple, superficielle, visible entièrement par le déplissement des plis, guérit par le traitement de Cain et Bensaude : injection sous-fissuraire de chlorhydrate double de quinine et d'urée.

2° *La fissure enfouie* oblige à recourir à l'huile anesthésique, les plans superficiels ayant été préalablement anesthésiés au moyen d'une solution aqueuse. Le doigt introduit dans l'anus permettra de diriger l'injection huileuse dans le sphincter et non sous la muqueuse.

3° *La fissure chronique ou évoluée* doit être excisée sous le couvert d'une dilatation. Cette excision peut être chirurgicale ou faite par électrocoagulation diathermique unipolaire. Le fissurol, s'il est besoin d'y recourir, ne devra être utilisé que 8 jours après l'intervention.

4° *Les fissures compliquées* comportent toujours un recessus sous-cutané ou sous-muqueux dont la traversée par l'aiguille entraîne la formation d'abcès, d'où la nécessité d'éliminer absolument l'huile anesthésique avant l'électro-coagulation ou la mise à plat.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

16 Novembre 1943.

La réaction pupillaire dans l'électro-choc. — MM. Delay et Dubar. Dès la fin du passage du courant, les pupilles se dilatent et cette mydriase avec abolition du photo-moteur, maxima à la fin de la période tonique, s'accompagne d'élargissement de la fente palpébrale et d'exophtalmie. Le diamètre des pupilles diminue au cours de la période convulsive, atteignant en période stertoreuse un myosis marqué. A la fin de la crise, la pupille reprend sa taille normale.

Cette action très rapide ne paraît pas relever d'un mécanisme humoral mais bien plutôt de la mise en jeu du centre dilatateur hypothalamique de Karplus et Kreidl.

Note statistique sur 200 cas inédits de tumeurs des paupières. — M. Tillé. Les plus fréquents paraissent être les épithéliomas malpighiens non épidermoïdes puis épidermoïdes, puis les nævo-cancers et les épithéliomas des annexes.

Exception faite des nævo-cancers, le pronostic vital des cancers palpébraux est favorable.

Le traitement chirurgical semble moins fécond en récidives que la radiumthérapie. Mais l'auteur termine en rappelant la prudence nécessaire en matière de statistique thérapeutique du cancer palpébral.

— M. Dollfus, d'accord avec l'auteur sur l'étiologie du cancer des paupières, s'en sépare au point de vue thérapeutique. La chirurgie et la diathermo-coagulation ne peuvent présenter de statistiques suffisamment longues pour permettre une conclusion. Par contre, la radiothérapie paraît très supérieure dans ses résultats : cicatrices souples avec réparations inespérées. L'emploi d'un nouveau procédé, la radiothérapie de contact, semble encore plus prometteur.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de glaucome chronique. — M. J. Gallois. Ce produit a l'avantage de dilater les capillaires sans agir sur les artérioles d'où une amélioration fonctionnelle dépourvue de poussée hypertonique.

150 cas de conjonctivites phlycténulaires. — MM. Dollfus et Debrousse confirment leur opinion déjà exprimée : on trouve chez les enfants porteurs de kérato-conjonctivites plus de 90 pour 100 de cuti-réactions positives. Les cas négatifs doivent être suivis de près parce qu'ils peuvent virer dans les semaines qui suivent. L'examen doit comporter une radiographie pulmonaire qui décèlera dans 92 pour 100 des cas une lésion ganglionnaire ou parenchymateuse et l'enquête doit rechercher le foyer de contagion souvent familial qu'il y a intérêt à dépister pour éviter de nouvelles contaminations.

20 Novembre.

Un cas de primo-inoculation tuberculeuse de la conjonctive. — MM. Bailliart, Defrance et Hoang-Man. Une femme de 32 ans présente un chancre d'inoculation conjonctival. Le bacille de Koch ne s'y retrouve pas, mais on peut le mettre en évidence dans le pus des ganglions pré-tragiens. La guérison locale survint rapidement mais la malade fut emportée par une généralisation granulique.

Epilogue à l'observation de carcinome de la choroïde traité par les rayons X rapportée le 19 Juin 1943. — M. Voisin. Une récidive locale survint peu après une ébauche de guérison locale. Des séances de radiothérapie sont pratiquées qui améliorent la vision mais la malade est emportée par la généralisation de la tumeur.

Considérations sur l'asymétrie des lésions dans un cas bilatéral de dégénérescence circinée de la rétine. — M. Voisin. Chez une femme de 64 ans existent : à l'œil droit, un grand cercle circiné qui n'est pas exactement centré sur la zone maculaire qu'il atteint dans sa partie inféro-interne et qui est englobée par une lésion en placard la débordant en haut ; à l'œil gauche, un cercle situé en dehors du pôle postérieur du globe et centré par des hémorragies et un placard supérieur entre les vaisseaux temporaux supérieurs, proche d'une tache hémorragique.

Il ne peut donc y avoir aucune systématisation dans la répartition topographique de ces lésions.

Chirurgie de la cécité : kératoplastie, iridosymphysectomie kératocataphorase, conjonctivoplastie cornéenne. — M. Corne décrit sa technique de kératoplastie et le mode de contention du greffon et les conditions nécessaires à la réussite de l'intervention.

L'iridosymphysectomie consiste à tailler une fenêtre suffisante dans la gangue cicatricielle opaque à l'aide d'une tréphine après kératotomie à clapet. Dans la kératocataphorase, on cherche à provoquer un éboulement des cellules épithéliales suivant le processus de cicatrisation cornéenne décrit par Ranvier ; éboulement cornéen qui se fait soit sur la cristalloïde ou l'hyaloïde, soit sur un substratum d'apport homoplastique, soit sans substratum. Le résultat est fonction de l'intégrité de l'éboulement épithélial. La technique de prélèvement du « bilame » Descemet-endothélium est minutieusement décrite par l'auteur.

La dernière opération tend à obtenir une ampoule conjonctivale translucide semblable au soulèvement ampulliforme de la sclérectomie limbique de Lagrange.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de glaucome secondaire à une iritis bilatérale. — M. Jean-Gallois souligne que des incidents peuvent se produire quand on emploi l'acide nicotinique (comme d'ailleurs tout autre vaso-dilatateur) chez des glaucomateux atteints de glaucome secondaire, ou de glaucome hémorragique.

C'est une illustration de ce principe qu'il lui semble devoir toujours respecter : vaso-dilatateur capillaire, doses modérées. A s'en écarter on risque de voir s'élever la tension oculaire.

Dans ce cas particulier, il fallut descendre jusqu'à 0 g. 01 d'acide nicotinique en ingestion pour obtenir une baisse légère de la tension oculaire, que les doses déjà faibles de 0 g. 03 et 0 g. 02 augmentaient.

Discussion de la communication de M. J. Voisin sur les capillarites. — M. Jean-Gallois développera ultérieurement certaines données recueillies, dans une statistique récente, sur les capillarites : dès maintenant il tient à souligner leur fréquence actuelle (environ 8 pour 100) ainsi que le nombre élevé des cas où l'acuité visuelle reste quasi normale (environ 60 pour 100) et la grande variété des chiffres de tension artérielle qui ont été trouvés assez régulièrement étagés de 11 à 26 ; la même diversité se rencontre dans les divers examens de sang.

Maladie de Besnier-Bœck avec lésions oculaires. — MM. P. Harvier, C. Renard, J. Antonelli, J. Vignalou et M. Bonduelle présentent une malade atteinte de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann qui présentait, outre des nodules ulcérés des membres inférieurs, des lésions oculaires de segmentite antérieure, et surtout une véritable amputation spontanée de l'iris ayant tout à fait l'aspect d'un colobome opératoire.

Paralysie de l'accommodation de près et de l'accommodation de loin post-botulique. Discussion du mécanisme de l'accommodation double active. — M. Tillé rapporte le cas d'une malade victime d'une intoxication botulique après absorption de jambon fumé. En étudiant les deux modes d'accommodation par l'épreuve de la lecture de près et par l'interposition de verres concaves pour la vision éloignée, il conclut à la suite de Morat et Doyon, d'Henderson et de Hudelo à l'existence d'un double mécanisme antagoniste qui, dans le cas présent, fut touché de façon inégale : paralysie faible du muscle longitudinal de Müller, Rouget innervé par le sympathique, destiné à la vision éloignée et paralysie plus marquée du muscle circulaire de Brücke, que le parasympathique anime dans la vision rapprochée.

Contre-indication à l'opération d'un strabisme convergent modéré. — M. P. Dupuy-Dutemps. L'observation rapportée souligne l'importance de la connaissance de la valeur de la fonction de convergence dans l'examen préopératoire des strabiques. Son absence peut contre-indiquer, comme dans ce cas, le redressement chirurgical.

Un nouveau cas de syndrome de Harada. — M. Demorter. Une malade de 33 ans présente une poussée d'iritis après un accouchement normal. Toutes les recherches étiologiques se montrent négatives et une cavitie ciliaire survient brusquement attribuée par la malade à une injection sous-conjonctivale d'adrénaline pratiquée dans un but mydriatique. L'évolution torpide s'accompagne de céphalées, d'une très mauvaise dilatation pupillaire, d'alopécie, de surdité et de vitiligo des avant-bras. Trois ans plus tard seulement, une poussée d'uvéite aboutit à un soulèvement inféro-externe de la rétine droite.

Tous les traitements essayés : arsenic, bismuth, mercure, salicylate, urotropine, choc, se sont montrés impuissants à enrayer l'évolution vers la cécité de cette uvéite bilatérale.

Guillaumat.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

7 Décembre 1943.

Trois cas de paralysie sciatique après injection intra-musculaire de Soludagénan. — MM. J. Lévesque, H. Perrot et Bourdin. A la suite d'injections intra-musculaires fessières correctement exécutées, s'est développée deux fois une paralysie des membres inférieurs, une fois une paralysie unilatérale. Dans un cas il s'agissait d'une injection de Fontamide.

— M. J. Cathala estime l'injection intra-musculaire de sulfamide une pratique inutile. Dans un cas il a constaté une nécrose profonde.

— M. G. Paisseau a observé une paralysie du sciatique poplité externe à la suite d'une injection de Soludagénan chez un enfant de 8 ans.

— M. M. Lelong a vu également une nécrose massive de la fesse.

— M. Robert Clément. Chez l'enfant dont nous avons rapporté l'observation à la Société médicale des Hôpitaux le 27 Novembre 1942, il s'est produit une légère amélioration de la motricité, des réactions électriques et la zone d'anesthésie a diminué. On ne saurait trop insister sur l'importance de pratiquer l'injection loin de tout nerf.

— M. J. Lévesque. Le Soludagénan a un tel pouvoir de diffusion que l'injection au point d'élection ne suffit pas pour mettre à l'abri des accidents.

— M. G. Paisseau. On n'observe rien d'analogue avec les autres injections intra-musculaires.

Stridor laryngé chronique chez un nourrisson par corps étranger laryngo-œsophagien. — M. Robert Bourgeois. Il s'agit d'un nourrisson présentant depuis l'âge de 4 mois une respiration bruyante rappelant le stridor congénital, qui était provoquée par une broche ouverte accrochée dans l'hypo-pharynx ayant provoqué des lésions inflammatoires déformant l'épiglotte et les aryténoïdes. La broche sectionnée a pu être retirée, le stridor n'a disparu que 4 mois plus tard, lorsque les tissus infiltrés ont repris des dimensions normales.

— M. M. Lamy a observé un enfant dont les crises suffocantes provoquées par les mouvements de déglutition étaient dues à un bouton fixé dans l'œsophage.

Kala-azar infantile avec acro-paresthésies. — M. Barbier-Robertet. Chez un enfant de 15 mois, la leishmaniose prouvée par ponction médullaire s'accompagnait de crises acroparesthésiques qui disparurent après le 2e traitement par l'antimoine.

Ataxie aiguë type Leyden au cours d'une fièvre exanthématique. — M. Barbier-Robertet. Au décours d'une fièvre exanthématique normale apparut une ataxie motrice sans troubles des réflexes ni cérébelleux, avec liquide céphalo-rachidien normal.

Hémorragies dans les états toxi-infectieux du nourrisson. — M. A. Rossier. Dans 8 cas de toxi-infection graves chez des nourrissons de moins de 4 mois (6 otites et oto-antrites, 1 syphilis congénitale, 1 diphtérie maligne) existait une hypoprothrombinémie marquée (10 à 50 pour 100) témoignant d'un état d'avitaminose K. L'état toxique cholériforme s'accompagnait d'hématémèses abondantes et répétées, parfois d'hémorragies cutanées ou muqueuses.

Sous l'influence de la vitamine K en injection, le taux de prothrombine est remonté à la normale dans plusieurs cas. Presque toujours les hémorragies se sont arrêtées et si la mort est survenue dans la plupart des cas, du fait d'une infection particulièrement grave, 2 nourrissons ont guéri.

La méthode électrophotométrique de Meunier pour le dosage de la prothrombine prête à certaines critiques, mais la fréquence de l'hypoprothrombinémie au cours des grandes toxi-infections du nourrisson semble hors de doute. Elle paraît pouvoir expliquer en partie l'origine et surtout la persistance des hémorragies au cours de ces états. Elle peut être attribuée à la fois à une carence d'absorption intestinale due à la diarrhée et à une carence d'assimilation liée aux lésions hépatiques toxi-infectieuses. Le traitement par la vitamine K s'est montré efficace sur le trouble humoral et parfois hémorragique sur l'évolution.

Hémolymphangiome kystique du grand épiploon, simulant une ascite sanglante. — M. M. Fèvre. A 3 ans, augmentation de volume du ventre, matité. Une ponction retire un sang noirâtre contenant 11 pour 100 d'éosinophiles. L'intervention a permis de retirer un hémolymphangiome typique composé de très nombreux kystes, les uns sanglants, les autres translucides dont le choc explique la sensation de frémissement à la percussion de l'abdomen.

— M. J. Hallé a observé un cas analogue chez une fillette de 3 ans, il y a 48 ans.

Le 2339 RP (Antergan) en thérapeutique infantile. — M. Pierre H. Anglade. 2 cg. 5 par kilogramme paraît être la dose active et tolérée, même chez les tuberculeux. Des accidents d'intolérance ont été observés avec 4 cg. par kilogramme.

— M. A. Hurez a observé des phénomènes d'intolérance digestive chez 4 nourrissons. Un asthme nasal a été favorablement influencé, un asthme amélioré et 9 échecs. 11 cas de prurigo : 9 améliorations, 2 échecs. Eczémas du nourrisson : 3 échecs. Dans la gale, sédation du prurit. Dans la maladie sérique, la médication a paru peu efficace. L'injection paraît plus active et n'a pas donné lieu à des incidents.

— M. M. Lamy. 0 g. 10 toutes les 4 heures après la sérothérapie antidiphtérique a semblé diminuer les accidents sériques. Dans l'asthme, quelques succès, beaucoup d'échecs.

Asthme infantile et variations atmosphériques. — M. Pierre-H. Anglade. Au préventorium Lafayette, en Haute-Loire, à 800 *m.* d'altitude, sur 80 cas d'asthme infantile, il n'y a eu aucune corrélation entre l'apparition des crises d'asthme et les variations croissantes ou décroissantes de la pression barométrique, la direction du vent ou les accidents météorologiques aigus tels qu'orages ou grêles. Les crises n'ont pas été davantage modifiées dans leur rythme, leur intensité ou leur fréquence par un de ces éléments météorologiques.

Inspection médicale scolaire en milieu rural. — M. Pierre-H. Anglade. Sur 77 enfants, on a trouvé 18 pour 100 de cuti-réactions à la tuberculine positives. La plupart des enquêtes familiales ont été négatives. Il faut sans doute faire une place importante à la tuberculinisation du cheptel bovin qui atteint 40 pour 100.

Trois cas d'atélectasie pulmonaire au cours d'états toxiques du nourrisson. — MM. J. Lévesque, H. Perrot, Le Boyer et Callerot.

18 Janvier 1944.

Un cas de polypose diffuse adénomateuse rectocolique opérée par colectomie totale. — MM. J. Leveuf, Rouèche et Laurence. Un jeune homme atteint de forme typique de polypose adénomateuse du côlon, présenté déjà à la Société le 19 Mai 1942, a subi une colectomie totale en 2 temps. Il a pu être amené en bon état à l'intervention, grâce à une cæcostomie suivie de lavages au chlorure de magnésium. La colectomie a donné des résultats excellents : cessation des hémorragies, prise de poids de 10 kg. L'examen radiologique montre la transformation en gros intestin de la partie terminale de l'iléon.

Le père, l'oncle, le grand-père et un grand-oncle du sujet sont morts jeunes de cancer colique. Il faut donc réserver le pronostic, une évolution maligne étant toujours possible.

Pyomètre ayant nécessité une hystérectomie totale chez une petite fille de 6 ans. — MM. J. Leveuf et Maurice Lamy. Des pertes purulentes abondantes datant de 3 ans, non améliorées par l'incision d'un abcès pelvien et par l'appendicectomie, ont abouti à une intervention abdominale. On a découvert un pyosalpinx et un pyomètre sans imperforation de l'hymen et des signes évidents de maturation folliculaire dans l'ovaire enlevé.

Maladie de Lindau. — MM. Maurice Lamy, P. Morax, Mlle M.-L. Jammet et M. Blancard présentent un enfant de 10 ans atteint d'hémiplégie gauche avec contracture installée depuis 2 ans à la suite d'un ictus.

La constatation d'un nævus du côté droit de la face et du crâne fit envisager l'éventualité d'un angiome cérébral ou méningé, confirmée par l'existence d'une angiomatose rétinienne et de sillons vasculaires anormaux sur les radiographies du crâne.

32 observations d'angiomatose des centres nerveux montrent que la maladie de Lindau est une malformation congénitale dont le caractère héréditaire a pu être établi dans plusieurs cas sans que le mode de transmission soit encore précisé. La ligature de la carotide primitive associée à la radiographie cranienne semble être la thérapeutique la plus recommandable.

Evolution comparée de la morbidité diphtérique chez les vaccinés et les non-vaccinés. Recrudescence de la diphtérie et vaccination. — M. Robert Rendu (Lyon). L'étude de la morbidité et de la mortalité de la diphtérie montre que cette maladie évolue par poussées avec recrudescence périodique. Malgré les vaccinations pratiquées on a constaté à Lyon, durant l'hiver 1942-1943, une augmentation des cas de diphtérie et des décès.

— M. R. Marquézy. La courbe sinusoïdale de la morbidité diphtérique est bien connue et elle a passé l'hiver dernier par un de ces sommets périodiques. A l'hôpital Trousseau, il est rentré 249 diphtériques, 193 non-vaccinés avec 24 décès, 56 vaccinés avec 3 décès. Chez les vaccinés il y a eu 4 angines malignes et 8 graves. La notion d'une vaccination antérieure ne doit pas faire retarder l'injection de sérum en présence d'une angine à fausses membranes à tendance envahissante.

— M. Robert Clément. A l'hôpital Hérold, durant l'année 1943, 169 diphtériques ont été admis : 101 non-vaccinés avec 6 morts, 52 vaccinés avec 1 décès (survenu quelques heures après l'entrée), 7 étaient en cours de vaccination; sur 6 on n'avait aucun renseignement, 3 nourrissons enfin n'avaient pas été vaccinés en raison de leur jeune âge.

Chez 14 sujets vaccinés, le pouvoir antitoxique du sérum a été dosé avant toute thérapeutique. Chez 4, le taux était supérieur à 1/5 d'unité, il s'agissait d'angine à fausses membranes non diphtérique chez 3 d'entre eux ; le quatrième avait reçu 9.000 unités de sérum 8 jours avant.

Deux avaient un taux entre 1/30 et 1/5 d'unité : l'un d'entre eux seulement a fait une diphtérie authentique non maligne, il avait été vacciné 5 ans auparavant. Les 8 autres avaient un taux antitoxique inférieur à 1/30 d'unité. Aucun des vaccinés n'avaient reçu 4 injections.

On peut en conclure que trop d'enfants échappent encore à la vaccination, qu'il serait bon de faire toujours 4 injections de vaccin triple mixte et des injections de rappel. Le seuil de 1/30 d'unité antitoxique considéré comme conférant l'immunité est peut-être trop bas. Il faudrait obtenir chez les vaccinés un taux de 1/10 d'unité.

— M. J. Cathala. A l'hôpital Trousseau, en 6 ans et quelques mois, on a traité 1.449 diphtéries avec 120 décès dont 280 vaccinés, avec 21 décès. Ce sont les plus jeunes qui donnent le plus de décès, notamment par croup. En 30 ans, les résultats thérapeutiques de la diphtérie n'ont pas beaucoup changé.

— M. R. Marquézy. Le dosage des antitoxines du sérum chez les diphtériques peut être faussé du fait que le sujet est susceptible d'en fabriquer lui-même, mais quand le taux est bas on peut en conclure que la vaccination est trop ancienne. L'immunité provoquée par la vaccination se perd ou diminue chez de nombreux sujets. Il faut tenir compte de cette notion et pratiquer des revaccinations.

— M. Maurice Lamy. Aux Enfants-Malades en 1943, sur 352 diphtériques, il y eut 9,6 pour 100 de décès. 44 avaient été vaccinés, beaucoup d'une façon incorrecte, aucun n'a succombé.

— M. M. Lelong. Dans les milieux fermés, comme à l'hospice des Enfants-Assistés, la vaccination antidiphtérique correctement appliquée a fait disparaître totalement la maladie chez les grands enfants. Chez les nourrissons elle survient encore de temps en temps. Le diagnostic est très difficile entre angine diphtérique et angine à fausses membranes chez un porteur de germes.

— M. E. Lesné a l'impression que depuis la vaccination les cas de diphtérie maligne ont beaucoup diminué. La diphtérie n'immunise pas comme la typhoïde; les injections de rappel sont nécessaires tous les ans, jusqu'à 10 ans.

— M. Boulanger-Pilet. La plupart des vaccinations antidiphtériques sont encore très mal faites. Les deux injections d'anatoxine préconisées il y a quelques années étaient insuffisantes : on trouvait à la suite 30 pour 100 de sujets ayant une réaction de Schick positive. Il n'y a pas de doctrine pour les injections de rappel; bien souvent elles ne sont pas faites.

— M. L. Tixier conseille toujours 4 injections, nécessaires d'ailleurs avec le vaccin triple mixte, pour la fièvre typhoïde.

R. Clément.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

Novembre et Décembre 1943.

Sur 2 cas de lithiase vésicale d'origine opératoire. — MM. H. Duvergey et Salzard. Gros calcul en battant de cloche développé autour d'un fil de lin long de 12 cm. dont l'une des extrémités adhère à la paroi postérieure de la vessie; un an auparavant ce malade avait été opéré d'une double hernie inguinale. Les auteurs insistent sur les dangers de l'emploi du fil de lin chaque fois que l'on approche de la paroi vésicale, en particulier dans les opérations gynécologiques.

Dans la seconde observation il s'agit d'un très gros calcul au centre duquel on trouve une compresse ; malade prostatectomisé 2 ans auparavant. Le problème de la responsabilité professionnelle est envisagé.

La radiothérapie des parotidites. — M. Mathey-Cornat. Excellent moyen thérapeutique local ; guérisons durables. L'irradiation doit être précoce; elle permet souvent dans ce cas d'éviter l'incision. Dans le cas rapporté : volumineuse parotidite d'allure primitive; irradiation faible; guérison rapide et sans séquelles.

Gangrène partielle du pied après artériographie au Diagnorénol dans un anévrisme diffus traumatique de la tibiale postérieure. — MM. Jeanneney, Magendie et Tingaud, avant d'intervenir pour un anévrisme artério-veineux de la tibiale postérieure, ont voulu, sur la table d'opération, faire une artériographie. Il s'agissait d'un sujet de 35 ans, blessé par un petit éclat de bombe au talon gauche. L'injection de 20 cm³ de Diagnorénol, en deux fois à quelques minutes d'intervalle, a été suivie d'une douleur immédiate extrêmement vive, malgré une bonne rachi-anesthésie, et d'une sensation de froid avec pâleur du pied. Le lendemain, énorme phlyctène occupant le bord interne du pied et les 3 premiers orteils, qui sont violacés. Malgré des infiltrations répétées du sympathique lombaire, une gangrène se développe, qui aboutira à la guérison en 3 mois après élimination du gros orteil, de la phalangette des 2e et 3e orteils, et d'une partie de la peau du bord interne du pied.

L'injection très concentrée et abondante avait été poussée après ligature de la tibiale postérieure en amont, toutes circonstances qui ont favorisé la gangrène.

Traitement des phlegmons herniaires. A propos de 15 opérations. — M. J. Poinot rapporte 15 cas de phlegmons herniaires et précise leurs caractères anatomo-cliniques et leur traitement.

Il insiste sur les adhérences spontanées qui doivent être respectées et sur les lésions du mésentère qui commandent des résections larges. La thérapeutique logique est la résection à distance des lésions par voie abdominale et l'extirpation du phlegmon par voie crurale.

Adaptant la technique aux cas cliniques, l'auteur distingue des phlegmons herniaires avec mauvais état général où l'anastomose de dérivation à distance est l'unique intervention à faire à des phlegmons où l'état général est bon, dans lesquels la résection d'emblée est logique.

Les 15 cas ont donné 7 décès.

Sur 8 cas traités par dérivation et résection secondaire, il y a eu 6 guérisons.

L'importance du traitement médical et de l'aspiration duodénale est soulignée.

Le choc nerveux, forme clinique du choc traumatique. — MM. Poinot et Chenilleau rapportent les constatations anatomo-cliniques qu'ils ont faites dans différents cas de décès par shock grave. Ils ont pu mettre en évidence des lésions hémorragiques rétro-péritonéales et l'existence d'un œdème cérébral ainsi que des lésions d'infiltration hémorragique du 3e ventricule. Ils ont constaté cliniquement l'existence de certains chocs où le signe dominant est un désaccord entre la lésion traumatique et les lésions viscérales contrôlées.

Ils posent l'hypothèse de chocs neuro-sympathiques qui réagissent bien à la morphine intraveineuse et qu'il conviendrait également de combattre par les infiltrations splanchniques.

Infection colibacillaire d'un rein et sulfamides. — M. H. Blanchot. Chez une femme de 69 ans, les sulfamides bloquent une infection du rein gauche, mais ce rein reste douloureux, sans valeur fonctionnelle, avec une image calculeuse. On le trouve farci d'abcès à contenu très épais, comme en voie d'exclusion, d'origine colibacillaire.

Il s'agit d'une évolution spéciale due sans doute aux sulfamides.

Résultat éloigné de 6 cas d'enchevillement centro-médullaire par tige d'acier (méthode de Kuntscher). Présentation de malades. — MM. Jeanneney, Magendie, Tingaud et Labarbe, depuis Août 1942, ont traité par la méthode de Kuntscher (enchevillement centro-médullaire par tige d'acier) 3 fractures du fémur, 1 du radius, 1 du cubitus, 1 des deux os de l'avant-bras. Ils ont utilisé, à la façon de Christian Rocher, une tige d'acier ronde, à pointe mousse, qui est enfoncée à l'intérieur des deux fragments sous le contrôle de l'écran radioscopique. Si la fracture est réductible par manœuvres externes, cette méthode est la plus simple et en même temps la plus solide des ostéo-synthèses. Si la fracture est irréductible ou s'il y a interposition musculaire il faut la faire précéder d'une intervention sanglante minima sur le foyer. Dès que l'os est enchevillé la réduction est parfaite et si la tige est assez grosse l'os reprend aussitôt une forme absolument normale. Il est prudent cependant de mettre un petit plâtre de sécurité pour éviter le seul déplacement possible, la rotation sur l'axe. Dès le 1er ou 2e mois, suivant les os, la mobilisation ou les massages sont entrepris. En laissant la broche dans le fémur, la marche peut être reprise dès le 3e mois avec appui direct.

La destruction de la moelle osseuse et la présence de cette volumineuse prothèse métallique au centre de l'os paraissent retarder un peu la consolidation. Si l'on enlève la broche il faut le faire au plus tôt le 5e mois pour le fémur ; le 3e mois pour les os de l'avant-bras; sans doute le 4e, par analogie, pour l'humérus ou le tibia. Cette ablation est facile, à condition d'employer des tiges rondes (C. Rocher) et non des lames de coupe arciforme comme Kuntscher.

L'articulation voisine (genou) était enraidie 2 fois sur 3. Dans ce 3e cas il s'agissait d'un jeune sujet qui a récupéré complètement ses fonctions. Pour les articulations de l'avant-bras aucun enraidissement n'a été observé. Comme réaction après l'enchevillement les auteurs ont observé dans 2 cas (avant-bras) un peu d'œdème fugace durant 36 heures et, pour une fracture du fémur, une poussée thermique avec œdème passager et sans conséquence, au 15e jour.

Dans 1 cas sur 6 ils ont observé avec une tige d'acier inoxydable très fine et ayant du jeu dans la cavité médullaire des signes radiologiques de décalcification autour de la pointe. Ils ont utilisé des tiges d'acier ordinaire poli, pour le fémur, avec quelques phénomènes d'oxydation mais sans inconvénient sérieux.

La néphrectomie avec ligature première du pédicule. — M. R. Darget.

Présentation d'un malade traité par radiumthérapie pour néoplasme prostatique. — M. R. Darget.

Dysembryome suppuré du périnée. — M. R. Dufour.

Etude urographique des adénomes de la prostate. — MM. Mathey-Cornat et H. Duvergey.

Hernie diaphragmatique congénitale gauche contenant la presque totalité de l'estomac et l'angle gauche du côlon. — M. H.-L. Rocher.

Anurie par compression bilatérale des uretères au cours de l'évolution d'un cancer prostatique. — M. G. Penaud.

Deux cas de hernie étranglée de l'appendice. — MM. F. Papin et J. Menaut. M. R. Barroux, rapporteur.

Sur un cas de tuberculome solitaire du centre ovale avec ramollissement cérébral à évolution aiguë. — MM. L. Massé et Gaussen.

R. Barroux.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

24 Novembre 1943.

Aggravation et extension de bronchectasies. Vérification par le lipiodol à un an d'intervalle. A propos de 2 cas. — MM. F. Petit et H. Metras. Dans la 1re observation, aggravation d'ectasies ampullaires du lobe inférieur gauche et extension à la lingula, précédemment saine, de dilatations ampullaires. Cette malade présente une forme hémoptoïque sèche. La seconde observation, plus classique, montre l'aggravation locale de bronchectasies très sécrétantes et une extension inflammatoire de l'autre côté, avec aspect cylindrique pour ses bronches normales 1 an auparavant. Cette allure évolutive peu commune est un argument de plus en faveur de l'exérèse pulmonaire.

Spondylite avec formations ostéophytiques d'origine mélitococcique. — MM. F. Petit, J. Grisoli, H. Metras et L. Thibaux. Présentation d'une spondylite mélitococcique découverte par la recherche systématique du séro-diagnostic chez un adolescent corse, malgré l'absence de température pendant l'évolution de la spondylite. Séro-diagnostic au 1/100 et intra-dermo positive. Les lésions radiologiques très remarquables avec image de lombarthrie chronique se sont constituées et fixées en 5 mois.

Présentation de photographies et de malades atteints de lupus tuberculeux guéris par la méthode du fraisage. — M. J. Casabianca.

Traitement rapide des métrites cervicales gonococciques. — M. J. Casabianca.

8 Décembre.

Les carences alimentaires, facteur de révélation. A propos d'un cas d'œdème mixte, carentiel et hypothyroïdien. — M. Audier précise qu'il existe, à côté des œdèmes carentiels purs, des œdèmes carentiels mixtes où le facteur déficit alimentaire s'ajoute à d'autres facteurs étiologiques : cardiaques, rénaux, hépatiques ou endocriniens. Il rapporte l'observation d'un œdème de type carentiel qui a précédé l'évolution d'un syndrome hypothyroïdien avec dilatation cardiaque considérable. Un traitement par l'extrait thyroïdien à fortes doses a amené une régression extraordinaire de l'œdème et des dimensions de l'ombre cardio-aortique.

Trois cas d'anémie grave progressive avec déglobulisation intense et délire très améliorés par un nouveau produit apothérapique. Présentation de malade. — MM. Ch. Mattei, Dejou, Gérard et Desanti. Ces 3 observations sont particulièrement intéressantes car elles montrent d'une part les insuccès obtenus avec les transfusions sanguines et les extraits opothérapiques banaux, d'autre part les améliorations remarquables et rapides avec le Ficarmone fait en injections sous-cutanées au rythme de 2 ou 3 par jour pendant 2 ou 3 semaines.

Les indications thérapeutiques modernes dans le fibrome du corps utérin. — M. J. Figarella.

22 Décembre.

L'insulinothérapie devant les restrictions actuelles. — M. A.-M. Recordier. La réduction notable des quantités d'insuline mises à la disposition des médecins oblige à considérer sous un jour différent des notions classiques, les indications et la conduite de l'insulinothérapie.

L'auteur envisage les modifications que l'on doit faire subir de ce fait au schéma thérapeutique habituel du diabète, afin de permettre une répartition à peu près équitable du peu d'insuline que l'on possède.

Il est évidemment des cas où la conduite ne saurait être modifiée sans péril pour le malade : certains diabètes compliqués (acidose grave, infection, tuberculose pulmonaire, gangrène, diabète bronzé...) diabète de l'enfant, diabète de la femme enceinte. Mais pour la majorité des diabétiques, des modifications peuvent être apportées sans danger immédiat, la thérapeutique devant se proposer surtout actuellement de maintenir le sujet sans acidocétose et de l'empêcher de maigrir.

Les indications de l'insuline, en dehors du diabète, ne sauraient être qu'absolument exceptionnelles, par exemple dans certaines insuffisances hépatiques graves ou certains états graves de dénutrition.

Paul Sarradon.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 657.

LOCALISATION EXCEPTIONNELLE D'UNE MALADIE FRÉQUENTE

Tubercule de la gaine arachnoïdienne du nerf optique

par MM. J.-A. Chavany et G. Guiot.

Si elle est malheureusement la plus fréquente avec son déplorable pronostic, la pie-mérite bacillaire n'est pas la seule des manifestations nerveuses de la tuberculose. Les centres nerveux sont susceptibles de réagir contre l'infection tuberculeuse à la manière d'un quelconque viscère, semblable réaction engendrant des lésions visibles à l'œil sous forme de *tubercules*, sortes de masses arrondies dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noix. Ces néo-formations se comportent comme de véritables tumeurs cérébrales *justiciables*, comme elles, de *l'exérèse chirurgicale* dans tous les cas où leur situation anatomique le permet. Le plus souvent *uniques*, elles siègent dans la règle à l'intérieur du parenchyme, leur localisation *au niveau de la méninge molle* constituant *l'exception*.

Multiplicité des lésions et surtout siège à la fois *parenchymateux et méningé* de celles-ci constituent deux traits inhabituels qui rendent le cas suivant particulièrement intéressant.

Un jeune homme de 16 ans nous est adressé, *le 9 Juin 1942*, pour un syndrome d'hypertension intracranienne des plus nets. Il s'est plaint à partir de *Mars 1941*, et cela pendant quatre à cinq mois, de céphalée survenant *à la suite d'effort ou de fatigue* (jeu, étude, accès de rire) disparaissant en quelques minutes dès qu'il se repose. Coïncidence dans les mêmes temps d'un léger fléchissement de l'état général.

En Février 1942, à la suite des *oreillons*, les maux de tête reprennent de plus belle; ils surviennent *à horaire fixe* (4 h. du matin) et, d'abord à localisation temporale gauche, ils diffusent bientôt à tout le crâne. Vomissements de temps à autre. Fatigue générale, lassitude nécessitant l'arrêt des études quoique le syndrome céphalgique ait tendance à s'atténuer.

Vers *fin Mai*, une *baisse* progressive *de l'acuité visuelle de l'œil gauche* aboutit en trois semaines à la perte pratiquement complète de la vision de cet œil.

Lorsque nous voyons ce malade il accuse une *céphalée* diffuse très vive avec bourdonnements des deux oreilles et sensations vertigineuses aux changements de position de la tête. Sa conscience est absolument normale, mais sa *marche* s'effectue avec une *certaine hésitation* et sans souplesse. Son air est *guindé* car sa *nuque est très raide* avec des mouvements très limités du rachis cervical. Pour regarder latéralement il est obligé de se tourner gauchement, tout d'une pièce. Son *équilibre est défectueux;* il existe une certaine instabilité dans la station debout et la station à cloche-pied ne peut être maintenue. Cependant que la force musculaire est normale à tous les niveaux de même que le régime des réflexes tendineux. Signe de Babinski douteux à gauche. Sensibilités normales. Aucun signe cérébelleux de la série cinétique. Pas de troubles vestibulaires spontanés ou provoqués.

L'examen des yeux est très suggestif. La motilité des globes et la réflectivité pupillaire sont normales. Si l'œil gauche perçoit à peine les mouvements de la main, la vision de l'œil droit est de 10/10 avec un champ visuel d'étendue normale. La papille offre, *à gauche, un aspect typique d'atrophie optique à bords nets* tandis qu'*à droite la papille se montre œdématiée*, gonflée, saillante, avec des bords effacés et des vaisseaux sinueux mais non dilatés.

A la *radiographie simple du crâne* on note une disjonction des sutures, quelques empreintes digitales, l'élargissement des fosses temporales et une décalcification légère de la lame quadrilatère. Sur le cliché de face la petite aile du sphénoïde est un peu plus floue du côté gauche.

Examen splanchnique négatif. Etat général satisfaisant. Pas de fièvre.

La *ventriculographie* montre l'existence d'une importante dilatation ventriculaire bilatérale et symétrique; le 4e ventricule partiellement injecté apparaît refoulé vers la gauche.

Aussitôt après la ventriculographie (*24 Juin*) le malade est opéré par voie postérieure; on trouve un volumineux tubercule du lobe cérébelleux droit envahissant le vermis et *fortement adhérent à la dure-mère*, au sinus latéral et surtout au pressoir d'Hérophyle; l'intensité de ces adhérences, avec les dangers que comporte leur rupture, rend l'exérèse chirurgicale impossible.

Dans les jours qui suivent l'intervention se déclare une *méningite tuberculeuse* généralisée, dont le sujet meurt le dixième jour.

L'*autopsie* montre l'existence de *tubercules multiples*. Outre celui que l'intervention a mis en évidence au niveau du lobe cérébelleux droit, il en existe un autre plus petit dans le lobe cérébelleux gauche et un troisième, de la grosseur d'une noisette, *comprimant le nerf optique gauche*, développé au niveau de la gaine arachnoïdienne de ce tractus sensoriel sous le lobe frontal, entre le chiasma et le trou optique.

L'inoculation du névraxe aboutissant à la formation de tubercules est le plus souvent *torpide* et son début passe inaperçu. Elle peut se produire chez des *tuberculeux pulmonaires avérés*, mais paraît plus fréquente chez des sujets ayant présenté *dans leurs antécédents des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires* souvent non étiquetées et qui ont guéri (lésions pleurales, cutanées, ostéo-articulaires, génitales). Il n'est pas rare qu'elle apparaisse *primitive* sans qu'on puisse trouver dans l'entourage, comme c'est le cas dans notre observation, la trace familiale ou autre de la contagion. Elle peut enfin, chez le sujet jeune, être quasiment *contemporaine de la primo-infection* s'objectivant, comme dans un cas de notre maître Clovis Vincent, un mois après le virage de la cuti-réaction et l'installation d'une image ganglio-pulmonaire radiologiquement typique.

En faisant au préalable observer que le tissu nerveux en général semble fournir un mauvais terrain pour le bacille de Koch, remarquons que c'est le *cervelet* qui est le plus souvent touché (et plus souvent le vermis que les lobes), puis le *cerveau* (avec les régions pariétale, rolandique, frontale comme lieux d'élection) et, enfin, la *protubérance annulaire*. La *localisation méningée* est rare; aussi la présence dans notre cas d'un volumineux tubercule de la gaine arachnoïdienne du nerf optique mérite de retenir l'attention. Elle n'a jamais été signalée à notre connaissance comme cause de compression directe du nerf optique.

Elle s'est manifestée du vivant du sujet par un *syndrome oculaire très spécial dit de Foster-Kennedy*, essentiellement caractérisé par une atrophie optique de type direct d'un côté, coexistant avec un œdème ou une stase papillaire du côté opposé. Pareille symptomatologie oculaire traduit l'existence d'une tumeur de la région médiane ou paramédiane de la fosse cérébrale antérieure, influençant par compression directe un des nerfs optiques et agissant sur l'autre par le mécanisme indirect de l'hypertension intra-cranienne.

Ce signe focal s'avérait ici d'interprétation délicate car il était noyé dans un *complexus symptomatique plus diffus*, engendré par la localisation cérébelleuse concomitante. Aux signes d'hypertension intracranienne générale : céphalée, vomissements, œdème de la papille, s'ajoutaient des signes traduisant plus spécifiquement une compression de *la fosse cérébrale postérieure* et spécialement de la ligne médiane : attitude bloquée du cou rappelant le torticolis, troubles de l'équilibre dans la station debout et dans la marche, vertiges, etc. L'absence de troubles nets de la coordination des mouvements n'est pas un fait exceptionnel dans les tumeurs du cervelet. La *ventriculographie*, venant confirmer ce diagnostic de tumeur postérieure, incitait à ouvrir le crâne en arrière. Il est à remarquer qu'en l'absence d'antécédent tuberculeux le diagnostic de tubercule n'avait pas été soupçonné avant l'intervention et cependant, *après coup, on se rend compte* qu'on eût dû y penser. Minutieusement analysée, la clinique, par le truchement du Foster-Kennedy, aiguillait vers la notion de double foyer et la tuberculose était, à cet âge, la maladie qui devait venir à l'esprit pour expliquer cette symptomatologie ambivalente.

Mais l'aspect actuel le plus intéressant des tubercules cérébraux réside dans leur *thérapeutique*. Il s'agissait autrefois de simples curiosités anatomiques constituant de curieuses trouvailles d'autopsie dans les cas non exceptionnels où *ils demeurent cliniquement muets;* ou bien ils représentaient le substratum organique d'assemblages symptomatiques plus ou moins riches, tel le *syndrome protubérantiel supérieur de Raymond et Cestan*. Leur intérêt purement nosographique est largement dépassé depuis que Cushing a montré qu'il s'agissait de néoformations pouvant être extirpées sans suites fâcheuses par les procédés neuro-chirurgicaux. Il est, certes, des *contre-indications* de l'acte opératoire basées sur le simple bon sens : c'est d'abord *l'état cachectique* du sujet porteur d'une tuberculose pulmonaire évolutive non stoppée par les divers procédés de collapsothérapie, c'est ensuite la *situation pratiquement inabordable* de la tumeur en cas d'atteinte intra-protubérantielle par exemple.

Mais, même dans les cas où l'impossibilité opératoire n'intervient pas pour des raisons de pure technique, la notion de siège offre encore une importance de premier plan, car les résultats chirurgicaux sont tout à fait différents *suivant qu'il s'agit de tubercules hémisphériques ou cérébelleux*. Au niveau du cerveau, les tubercules sont le plus souvent sous-corticaux, affleurant la méninge molle, mais sans contracter d'adhérences avec la dure-mère, tandis qu'au niveau du cervelet l'adhérence à la dure-mère est la règle, et aussi les adhérences au sinus et à l'os qui rendent l'ablation en totalité impossible. Il en est encore de même lorsque le tubercule à point de départ vermien s'est mis à adhérer au plancher du 4e ventricule, dans une zone au niveau de laquelle on ne peut trancher sans grand dommage. Car, comme l'a montré Clovis Vincent, il ne suffit pas d'enlever le tubercule d'un seul bloc; autant que possible il convient d'extirper aussi une zone péritumorale qui, macroscopiquement, paraît saine, mais qui, histologiquement, est inflammatoire, faite de tissu de granulation contenant souvent du bacille de Koch. Pour agir au mieux, il faut extraire le tubercule entouré d'une *lamelle de tissu sain* et une telle façon d'opérer s'avère beaucoup moins exécutable au niveau du cervelet qu'au niveau du cerveau. Si nous joignons à cette donnée le fait que toutes les pertes de substance opératoire communiquent à ce niveau avec les citernes de la base, on comprendra aisément « la fréquence de la dissémination méningée après l'ablation des tubercules du cervelet » (Clovis Vincent).

Notre observation illustre magnifiquement et les difficultés plus grandes de l'acte opératoire des tubercules du cervelet et les suites fâcheuses de l'intervention. Notre cas rentrait en outre dans les mauvais cas en raison de la multiplicité des lésions tuberculeuses du névraxe et de ses enveloppes.

Il nous était impossible de jouer la partie autrement; la simple trépanation décompressive n'aurait en rien entravé le développement de ces néoplasies tuberculeuses multiples qui auraient eu, *proprio motus*, rapidement raison de la vue d'abord, de la vie ensuite de notre malade.

Eu égard des suites fâcheuses habituelles des opérations de tubercules cérébelleux, inscrivons *les magnifiques résultats obtenus dans les localisations hémisphériques* où, contrairement à tout ce qu'on eût pu attendre avant d'avoir tenté l'exérèse euratrice élargie, l'absence d'ensemencement tuberculeux méningé post-opératoire et la survie de nombreux malades datant déjà de nombreuses années avec *restitutio ad integrum* de la santé permettent *de parler de guérison*. Selon toute vraisemblance on peut même parler de guérison définitive puisqu'on a fait disparaître le foyer d'où, à l'occasion d'un fléchissement quelconque de l'état général, pourrait partir un ensemencement méningé généralisé classiquement mortel.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Des orchidées à la pomme de terre

A la lecture de ce titre, qui n'est pas sans évoquer une antithèse à la Victor Hugo, la curiosité s'éveille et s'étonne de trouver un rapprochement biologique entre ces aristocrates hautaines du monde floral que sont les orchidées et l'humble et villageoise pomme de terre. C'est aux travaux et aux inductions de Noël Bernard, botaniste éminent trop tôt disparu, qu'on le doit et on peut être reconnaissant à M. J. Magrou, qui après avoir contribué pour une part très importante au progrès continu du biologiste dans ce domaine, nous donne aujourd'hui un exposé aussi complet et aussi séduisant de toute cette question [1].

Que dans le développement des orchidées interviennent des processus de symbiose avec des champignons microscopiques est une notion maintenant très répandue, mais généralement assez vague et dont il est bien intéressant de connaître le détail.

Avant d'être devenues dans notre civilisation de luxueuses plantes de serre, les orchidées ont dans la nature une vie très particulière. Elles n'ont pas adopté les mœurs des autres végétaux mais vivent à l'écart, loin du sol, retenues aux branches élevées des arbres des forêts tropicales par les griffes que forment leurs racines. Pour atteindre la lumière elles déploient en plein soleil, à la cîme des frondaisons, leurs fleurs étranges et magnifiques. Par ailleurs, au point de vue reproduction, elles se particularisent tout à fait, ce qui a pendant fort longtemps rendu leur culture si difficile. Leurs graines, qu'elles produisent par millions, sont en effet dépourvues de réserves nutritives et se réduisent à un petit massif de cellules paraissant à peine viables et dans la règle elles sont incapables de germer. Aussi si on arrivait tant bien que mal, il y a une quarantaine d'années, par des méthodes empiriques, à réussir quelques semis de certaines orchidées, telles les *Cattleya,* il en était nombre d'autres dont la germination était réputée impossible, même par les praticiens les plus habiles, et on devait pour se procurer des échantillons de ces plantes aller les récolter à grands frais sur les branches des arbres dans les forêts vierges de l'Inde, de l'Amérique du Sud ou de la Malaisie.

C'est aux découvertes de Noël Bernard que l'on doit le changement radical des connaissances à ce sujet. Le fait que les orchidées vivaient en symbiose avec des champignons microscopiques, dont le mycélium s'infiltre dans les tissus de la plante, était déjà connu, mais les observations et les expériences de Noël Bernard lui ont permis d'établir que la pénétration dans l'embryon de l'orchidée du champignon endophyte, associé à la plante adulte, était la condition nécessaire à la germination. En recourant à la méthode pastorienne, Noël Bernard a reconnu que les graines prélevées aseptiquement dans les fruits mûrs ne se développent pas quand on les ensemence sur des milieux nutritifs appropriés contenus dans des tubes de verre stérilisés et bouchés au coton. Mais si on ajoute à ces cultures inertes le champignon retiré des racines, les graines germent et cette germination commence dès que les filaments mycéliens atteignent les graines. Les choses se passent comme si le filament mycélien agissait à la façon du spermatozoïde sur un ovule. Ce premier point établi, Noël Bernard a précisé le rôle des diverses espèces de champignons isolés et reconnu que certains comme le *Rhizoctonia repens* pouvaient faire germer des orchidées très diverses alors que certaines plantes ne sont sensibles qu'à telle ou telle espèce de champignon. C'est ainsi que les graines d'*Odontoglossum* exigent la symbiose avec le *Rhizoctonia lanuginosa* et que les *Phaloenopsis* et les *Vanda* demandent la collaboration du *Rhizoctonia mucoroides.*

Chose très curieuse, on retrouve dans toute cette question du parasitisme des champignons chez les orchidées des faits calqués sur certaines des particularités les plus intéressantes des micro-organismes bactériens. C'est ainsi qu'on peut voir l'activité du champignon disparaître dans certaines conditions d'une façon tout à fait analogue à l'atténuation de la virulence chez les bactéries parasites. Et de même qu'on rétablit suivant la méthode pastorienne cette virulence par des passages en série, on peut rendre au champignon ses propriétés sur la germination par des passages en série qui « remontent » sa valeur stimulante de développement. De même encore peut-on « vacciner » les graines par un champignon atténué et les rendre ainsi immédiatement inaptes à la germination ? Le parallélisme entre ces phénomènes et les lois de l'atténuation des virus et de leur retour à la virulence établies par Pasteur est saisissant.

L'orchidée n'accepte d'ailleurs pas le parasitisme par le champignon comme un bienfait, si on peut dire, mais lutte par la phagocytose contre l'envahissement qui se trouve ainsi limité, si bien qn'en dernière analyse la symbiose représente un état d'équilibre, l'envahissement total étant suivi de la mort de la plante et la « guérison » par phagocytose ayant pour conséquence l'arrêt de développement.

Le parallélisme avec le parasitisme microbien se complète enfin du fait que Noël Bernard a pu mettre en évidence, à côté du processus de phagocytose, la mise en œuvre chez les orchidées de processus humoraux, réalisant dans certains cas une action « fongicide ».

On a pris connaissance jusqu'à présent du rôle capital des champignons parasites dans la germination et le développement des orchidées, mais leur rôle ne se borne pas là et ces agents symbiotiques interviennent également dans d'autres processus et en particulier dans la formation des tubercules. Celle-ci est un stade contingent dans la vie de ces plantes qui peuvent n'en point présenter et se borner à développer des tiges feuillées et des racines de structure normale. Quand elles évoluent vers la tubérisation c'est en raison de l'invasion des racines par les champignons symbiotiques. Ce phénomène est d'ailleurs très répandu dans le règne végétal et paraît se rencontrer chez toutes les plantes vivaces alors qu'il manque chez les plantes annuelles. Chez toutes celles qui sont soumises à la symbiose, racines et champignons sont tellement enchevêtrés qu'ils paraissent former un tout. Ces organes composites ont reçu le nom de mycorhizes (μυκης champignon; ριζα, racine). Les orchidées en sont un type particulièrement net, mais il en existe de nombreux exemples dont les champignons sont tantôt superficiels, *ectotrophes,* tantôt profonds, *endotrophes.*

La tubérisation chez les orchidées et chez nombre de plantes à mycorhizes est la conséquence et le symptôme de l'invasion des racines par des champignons symbiotiques. On peut se demander par quel mécanisme cette invasion peut provoquer chez les plantes envahies les anomalies de croissance qui aboutissent à la formation des tubercules. Or cette action s'exerce à distance des cellules occupées par les champignons. La tubérisation se produit aux dépens de cellules restées embryonnaires et ayant gardé le pouvoir de se diviser et de s'accroître qui sont souvent à grande distance des régions infectées. Il faut donc admettre que les parasites interviennent en provoquant une modification générale de l'équilibre physico-chimique de la sève. De semblables modifications, et dans l'espèce une augmentation de la concentration moléculaire, constituent, en effet, des conditions équivalentes à la symbiose et susceptibles d'agir comme celle-ci.

L'expérience a montré à Noël Bernard que des graines d'orchidées semées sur milieux aseptiques de concentrations diverses fournissaient des embryons qui, à la concentration appropriée, se complétaient par la formation de tubercules. Le mécanisme d'action des champignons était ainsi démontré, en même temps que cette notion de l'importance de la concentration moléculaire du milieu ambiant mettait à la disposition de l'expérimentateur et de l'horticulteur le moyen de régler à peu près à volonté la germination et le mode de développement des plantes cultivées.

C'est par la tubérisation que s'effectue le rapprochement entre orchidées et pommes de terre. Une fois établis les faits que l'on vient de résumer rapidement concernant les orchidées, Noël Bernard avait pensé que ce phénomène de la production des tubercules chez la pomme de terre devait être soumis aux mêmes lois et être la conséquence et le symptôme de l'invasion des racines par des champignons symbiotiques. Or les premières constatations faites ne furent pas du tout en accord avec ces inductions. Dans les racines de la pomme de terre cultivée on trouve bien, çà et là, quelques champignons filamenteux, mais leur présence est irrégulière, leur développement faible et ils manquent de la plupart des caractères des champignons des mycorhizes.

Malgré ces premières constatations négatives, les recherches furent poursuivies par les continuateurs de Noël Bernard, et M. Magrou en particulier y a apporté une part personnelle importante. De l'ensemble de ces travaux dont on ne peut indiquer ici que l'essentiel, est résultée la preuve très originale du rôle essentiel joué par les champignons en symbiose chez les pommes de terre *sauvages* qui ont été à l'origine de nos solanées cultivées.

La pomme de terre qui appartient au genre *Solanum* est, en effet, originaire de l'Amérique du Sud. Elle était connue de temps immémorial par les populations établies aux très hautes altitudes du Pérou et des régions environnantes qui en avaient réalisé la culture. Celle-ci a été la condition de survie de ces peuples, jusqu'aux Incas y compris, pour qui la pomme de terre représentait un aliment de réserve essentiel, et d'aucuns ont pu estimer que l'introduction de la pomme de terre en Europe a été la conséquence la plus importante de la découverte de l'Amérique.

Comment a-t-on pu établir le rôle des champignons en symbiose dans la tubérisation des pommes de terre sauvages ancestrales américaines ? Par toute une série de constatations et d'expériences.

L'espèce sauvage actuelle la plus voisine de notre pomme de terre cultivée est une plante à mycorhizes et ceci mène à penser que le *Solanum tuberosum* dérive d'ancêtres normalement soumis à la symbiose avec des champignons. D'autre part quand la pomme de terre fait retour à l'état spontané elle contracte à nouveau la symbiose avec des champignons de mycorhizes.

Particulièrement originales et intéressantes sont à ce sujet les expériences réalisées à la montagne. Celles-ci ont été suggérées par les constatations de Costantin qui a vu que d'une façon générale les associations mycotiques aux hautes altitudes étaient tout à fait communes chez les plantes vivaces qui trouvent dans le sol, à ces altitudes, une flore cryptogamique très riche avec laquelle elles entrent très facilement en symbiose.

En semant des graines de pommes de terre dans la terre de hautes prairies de montagne (dans l'espèce aux alentours de Bagnères-de-Bigorre), on a obtenu des sujets dont les racines étaient largement envahies par un endophyte présentant les caractères des mycorhizes et une récolte abondante de tubercules a été obtenue. La preuve était donnée de l'ac-

1. J. Magrou : Des orchidées à la pomme de terre (*Essai sur la symbiose*). 1 vol. de 203 p. Collection l'*Avenir de la Science* (*Gallimard,* édit.), Paris, 1943.

tion « tubérisante » exercée par certaines terres agissant par leurs champignons.

De ces constatations sont issues des applications pratiques très intéressantes, les tubercules ainsi obtenus présentant des qualités qui en font d'excellentes souches pour la culture.

Au résumé on peut considérer comme établi que la pomme de terre sauvage originelle a acquis ses propriétés de tubérisation en raison de l'envahissement de ses racines par des champignons symbiotiques, et cette symbiose a été rendue possible en raison de l'altitude à laquelle se développaient ces solanées, altitude qui commandait pour des raisons de température et de lumière la constitution du sol et son envahissement par de nombreux champignons. Par la suite la pomme de terre cultivée a trouvé dans cette culture même les conditions suffisantes pous assurer sa tubérisation sans intervention des champignons symbiotiques, et suivant toute vraisemblance par modification de la concentration moléculaire.

Les recherches sur les orchidées ont abouti, on l'a vu, à des résultats pratiques de la plus haute importance, puisque désormais la reproduction des espèces les plus rares et les plus difficiles peut être assurée de façon rigoureuse en appliquant la méthode symbiotique artificielle.

En ce qui concerne la pomme de terre les recherches à ce sujet sont encore en cours, mais dès à présent on peut, comme je l'ai indiqué, obtenir des souches excellentes par ensemencement approprié. On est de plus en mesure de combattre les maladies de dégénérescence et on sera aussi très probablement en situation de combattre le développement des maladies à virus qui peuvent dévaster les meilleures cultures. Ces progrès soulignent la valeur de ces recherches par elles-mêmes déjà du plus haut intérêt et dont le développement mènera certainement encore à d'autres acquisitions importantes.

Ph. Pagniez.

S. Huard

(1897-1944)

Ame d'apôtre, S. Huard vient de disparaître après dix-huit mois de dur calvaire à la fois moral et physique.

Ayant plus que tout autre participé à ce drame, c'est avec une indicible tristesse que je viens aujourd'hui rendre un suprême hommage à sa mémoire. Homme énergique et courageux, bâti en athlète, il avait un caractère de lutteur et pendant près de deux ans nous aurons ensemble soutenu un combat dans lequel nous nous savions vaincus d'avance.

Fils d'universitaire, né à Paris en 1897, après avoir terminé ses études secondaires, il embrassa la carrière médicale. Il venait à peine de terminer son P. C. N., quand le surprit la guerre de 1914 ; il devait la faire comme combattant dans un régiment d'artillerie et la termina comme lieutenant avec la Croix de guerre, puis la Légion d'honneur.

Il aborda ensuite la carrière des concours, externe puis interne des hôpitaux, il fut successivement l'élève d'Auvray, de Schwartz, de Veau, de Cunéo dans le service duquel je devais le connaître, l'apprécier, en faire un ami. Aide d'anatomie à Clamart, il fut en 1933 nommé chirurgien des hôpitaux. Le sort l'avait durement éprouvé, car depuis plusieurs années il avait eu la douleur de perdre sa femme et il était resté seul avec 3 enfants. Après quelques années d'apaisement, il avait rencontré un être d'exception qui avait comme lui souffert et il avait ainsi reconstitué un foyer que vint illuminer la naissance d'un nouvel enfant.

Pendant la dernière tourmente il est à la tête d'une auto chirurgicale légère à la VIIe armée où je me trouve également ; nos réunions sont fréquentes, parfois même gaies, puis nos destinées se séparent : Huard va dans un autre secteur prendre le commandement d'une auto chirurgicale lourde, tandis que je suis moi-même appelé comme chirurgien consultant à la Ire armée et quand le désastre est consommé, j'apprends en rentrant à Paris que Huard a momentanément abandonné la chirurgie pour accepter le poste de secrétaire général à la Santé où ses qualités devaient ensuite le conduire au rang de secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, poste qu'il devait conserver jusqu'au 18 Avril 1942.



Studio Damrémont.

S. Huard.

Ce ne fut certes pas l'amour du pouvoir, ni l'intérêt, ni l'ambition qui le décidèrent à accepter ce poste, mais uniquement les sollicitations d'un ami très sûr. Il l'accepta dans l'unique but de servir son pays à un tournant tragique de son histoire.

Son nom restera attaché à la création de l'Ordre des médecins. Dans le choix qu'il eut à faire il se contenta de désigner les membres du conseil supérieur, laissant à celui-ci le soin d'organiser les conseils départementaux. Ennemi du fonctionnarisme médical qui aboutit fatalement à la stérilisation des esprits il s'efforça de sauver l'indépendance du corps médical. Dans les décisions qu'il eut à prendre il fut durement critiqué et injustement attaqué par ceux-là même qu'il s'efforçait de défendre, car n'ayant en vue que l'intérêt général il restait sourd aux sollicitations de ceux qui venaient indirectement plaider leur propre cause. Il sut toujours conserver son indépendance d'esprit et ne perdit jamais le sentiment de sa dignité.

La création de l'Ordre ne fut qu'une infime partie de la tâche qu'il eut à accomplir pendant son passage au ministère. Il fit voter des lois contre l'alcoolisme, véritable fléau national, rendit obligatoire la vaccination antitétanique, créa l'assurance maladie-maternité et les trois Instituts de protection de la Santé publique : la Fondation française pour l'étude des problèmes humains (dont il confia la direction à M. Alexis Carrel), l'Institut national d'hygiène, l'Institut national d'action sanitaire des assurances sociales. Il fit également voter des lois sur la médecine du travail, sur la protection de la naissance et jeta enfin les bases de la nouvelle organisation hospitalière. C'est cette dernière réforme qui lui tenait le plus à cœur et qu'il considérait comme la plus importante de toute son œuvre ; elle devait en effet transformer pour beaucoup d'entre nous l'exercice de notre profession. Son activité créatrice fut, on le voit, considérable.

Quand il quitta le ministère, Huard se trouvait sans poste : il n'avait pas encore l'ancienneté suffisante pour devenir titulaire d'un service et d'autre part son maître Okinczyc dont il avait été l'assistant s'était retiré en province. Je lui offris le partage de mon petit service de Bichat et, plus tard, celui de l'importante clinique de Vaugirard.

Il avait appris toute la gravité du mal dont il était atteint, car il avait exigé que je lui fasse connaître le diagnostic exact de sa lésion et notre maître le Prof. Cunéo le lui avait exposé en des termes atténués dont il possède le secret.

Huard aurait pu alors abandonner toute activité hospitalière, mais c'eût été mal connaître son caractère. Pendant près de dix-huit mois, il fut une sorte de mort vivant, se penchant au chevet des malades, s'efforçant de sauver des vies humaines et donnant ainsi un magnifique exemple d'énergie jusqu'au jour où, fin Janvier 1944, il dut devant les progrès de son mal cesser toute activité.

Le rideau allait maintenant se lever sur le dernier acte ; pour adoucir ses derniers jours, Huard ne pouvait plus prétendre désormais qu'à l'affection de sa famille et à celle de ses plus intimes amis : instants tragiques où le malade s'efforce de croire aux paroles de réconfort, où le chirurgien s'efforce de mentir, et il laissa un jour échapper devant moi ces paroles pleines d'amertume : « Quelle comédie nous devons tous jouer ! »

Devant l'acuité de ses souffrances il fallut en arriver à souhaiter pour lui, que son âme se détachât le plus rapidement possible de ce corps si douloureusement meurtri et l'inévitable se produisit le 15 Mars 1944 à 14 heures.

Je m'incline respectueusement devant la douleur de sa mère qui aura vu en peu de temps disparaître ses deux fils, devant celle de son admirable épouse et celle de ses enfants : ils savent tous combien leur douleur est également la nôtre.

J. Sénèque.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil National

Le ministère de la Santé et de la Famille a adressé récemment au *président de l'Ordre national des médecins* une lettre dont nous extrayons les passages ci-dessous :

« La gravité de la question de l'approvisionnement en lait m'incite à vous demander de faire connaître aux praticiens certaines données du problème.

Je suis persuadé que, mieux avertis de la situation, ils pourront à l'avenir mieux résister aux sollicitations dont ils sont l'objet.

Lait concentré

En 1942, la consommation de la France métropolitaine avait absorbé 530.786 caisses. En 1943, les fabrications furent portées à 747.184 caisses, mais la consommation atteignit 741.300 caisses, interdisant tout stockage de sécurité.

De 53.912 caisses au mois de Janvier 1943, dépense déjà supérieure à celle de n'importe quel mois de 1942, elle s'éleva à 76.000 caisses au mois de Décembre. Dès Octobre elle excédait très sensiblement la fabrication des condenseries. Dans la région parisienne elle était passée de 11.000 caisses au début de l'année à 30.000 caisses au mois de Décembre. Dans la capitale, 50 pour 100 des enfants de moins de 18 mois bénéficiaient alors d'une carte de lait condensé, et le département de la Seine absorbait, à lui seul, la production globale mensuelle des 8 usines françaises, qui tombe à 25.000 caisses à l'époque de baisse saisonnière qu'accentue cet hiver l'énorme réduction de production laitière provoquée par la sécheresse de l'année 1943.

Le programme élaboré en vue de ménager dans les centres urbains éloignés des régions d'élevage, des réserves de lait concentrés qui assurent la subsistance des jeunes enfants si des opérations militaires sur notre territoire interrompaient les transports n'a pu être poursuivi, et c'est dans une période de soudure difficile que la nécessité de la réaliser devient pressante.

Des mesures sévères ont été prises. Il est possible que dès la saison chaude des atténuations soient apportées.

Lait frais pour les régimes

Pour développer la fabrication du lait concentré, les attributions de lait frais aux enfants de 18 mois à 6 ans ont été diminuées de 30 pour 100. Mais le même sacrifice n'a pas été imposé aux adultes qui bénéficient de régimes. Or, leur proportion par rapport à la population générale n'est pas négligeable, et elle ne cesse de croître en ce qui concerne le régime II.

De 41.237 personnes au 1er Janvier 1942 leur nombre atteignait 341.000 au 1er Octobre 1943.

Il tombe sous le sens qu'en 18 mois, le nombre de « malades » subitement astreints au régime lacto-végétarien n'a pas progressé dans une telle proportion.

En outre les services du Ravitaillement me signalent, avec des indications très précises, que le nombre des régimes 1 est, lui aussi, en progression considérable.

J'étudie donc, de concert avec le Ravitaillement général, le moyen pratique de faire mettre chaque mois à la disposition de chaque collège départemental de l'Ordre un certain contingent de régimes comportant du lait que les médecins pourraient attribuer à leurs malades, sous le contrôle étroit du Collège départemental.

Les faibles quantités de lait dont nous disposons doivent être judicieusement réparties et seul le médecin peut faire la discrimination entre les demandes.

Devant une tâche aussi délicate, je sais qu'il ne sera pas fait appel en vain à la conscience et à la compréhension du Corps médical tout entier. »

Le secrétaire d'Etat : R. GRASSET.

Comité de coordination

Région Parisienne

19 MARS 1944 (DOCTEUR LARGET, PRÉSIDENT).

La plus grande partie de la séance a été consacrée à une discussion relative à l'interprétation qu'il y a lieu de donner à *l'article 4 de la convention passée en Avril* 1942 entre l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne et les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. L'article 4 de cette convention prévoit que les Conseils de l'Ordre veilleront à ce qu'en règle générale il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima fixés par les dits Conseils. Or, d'assez nombreux médecins, chirurgiens et spécialistes, même n'ayant aucun titre universitaire ou hospitalier, demandent aux assurés sociaux des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima. D'où plaintes des Caisses qui estiment que certains Conseils départementaux ne remplissent pas leurs engagements en ne rappelant pas les confrères au respect tant des stipulations du contrat que des articles 18 et 21 du Code de déontologie. Après une longue discussion où tous les aspects du problème ont été envisagés, aussi bien du point de vue social que de celui des intérêts professionnels, le Comité de coordination a décidé à l'unanimité des membres présents de demander à l'Union des Caisses la réunion de la Commission paritaire, Union des Caisses-Ordre des médecins, afin d'arriver à un accord pratique donnant satisfaction aux deux parties en cause.

L'attitude du Comité de coordination, vis-à-vis de la Mutualité et notamment vis-à-vis des Caisses chirurgicales mutuelles, a fait également l'objet d'un important débat.

Parmi les nombreuses autres questions examinées, citons la revision de la nomenclature, qui paraît maintenant terminée, et l'application du règlement d'administration publique du 17 Avril 1943 sur la réforme hospitalière.

CRÉATION D'UNE Union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers

Par décret du 21 Février 1944, cette Union, instituée par l'article 7 de la loi du 15 Juillet 1943 pour la défense des intérêts généraux de la profession et pour la garde de son honneur et de sa discipline, est administrée par un *Conseil central* (1 délégué du gouvernement et 15 membres dont 12 diplômés d'Etat) et des *Conseils régionaux* (le directeur régional de la Santé et 12 membres dont 9 diplômés d'Etat).

Chaque Comité régional dresse le tableau des infirmières et infirmiers qui remplissent les conditions fixées. Il peut également prononcer des sanctions (avertissement, blâme ou exclusion temporaire de 2 mois au plus).

Le Conseil central prononce les sanctions plus sévères (exclusion temporaire de plus de 2 mois, exclusion définitive) et transmet ensuite au secrétariat d'Etat à la Santé.

(*J. O.*, 18 Mars 1944.)

Université de Paris

Faculté de Médecine. — En exécution des décisions ministérielles prescrivant, pour le 15 Juin, la clôture de l'année scolaire, la délivrance de la dernière inscription 1943-1944 aura lieu : pour les étudiants des 5 premières années, du 5 au 15 Juin : pour les élèves de la 6e année devant soutenir leur thèse avant le 15 Juin, du 25 Mai au 1er Juin, sur justification du stage du 2e semestre ou du certificat de fonctions d'interne ou d'externe.

La date limite de consignation aux examens de clinique est fixée au mardi 9 Mai.

La date limite de dépôt du manuscrit de thèse est fixée au 20 Mai et le dépôt des exemplaires au 5 Juin.

Clinique neurologique, Salpêtrière. — La conférence de M. ALAJOUANINE, indiquée par erreur le 25 Avril, aura lieu le vendredi 28 Avril, à 10 h. 30, Clinique Charcot. — *Sujet :* La symptomatologie nerveuse du botulisme.

Un *Cours pratique d'histologie* destiné aux médecins, étudiants et techniciens désireux de se mettre au courant des méthodes histologiques aura lieu au laboratoire d'histologie (salle Ranvier) du 17 Avril au 6 Mai 1944. S'inscrire (250 fr.) au Secrétariat de la Faculté. (Nombre limité à 20.)

Orientation professionnelle. — Un cours d'orientation professionnelle réservé aux médecins s'ouvrira le 15 Mai, 41, rue Gay-Lussac, avec le concours du Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine.

Inscriptions : 300 francs, au Laboratoire d'hygiène, 21, rue de l'École-de-Médecine, jusqu'au 6 Mai.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. DARGET, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires (M. Duvergey, retraité).

— M. LOUBAT, agrégé, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (M. Rocher, retraité).

— Un COURS DE PERFECTIONNEMENT DE GYNÉCOLOGIE sera fait par le Prof. G. JEANNENEY, avec la collaboration de MM. les Prof. Creyx, Darget, Dubreuil, De Grailly, Rivière, Réchou, Rocher ; de MM. les Prof. agrégés Magendie et Mahon, et de MM. les docteurs Irène Bernard, Cator, Demange, Glaunes, Hirtz, Ringenbach, Rosset, Servantie et Tayeau.

Ce cours aura lieu du lundi 22 au samedi 27 Mai 1944, aux nouvelles Cliniques chirurgicales de l'hôpital Saint-André.

S'inscrire jusqu'au 20 Avril au secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. (200 francs.)

Deux JOURNÉES GYNÉCOLOGIQUES auront lieu à Dax le samedi 27 et le dimanche 28 Mai. Des exposés spéciaux seront donnés par MM. les Prof. Leriche (Collège de France), Avel (Faculté des Sciences), Binet (Nancy), Champy (Paris), Cotte (Lyon), de Gennes (Paris), Guy Laroche, Le Lorier (Paris), Letard (Alfort), Mauriac (Bordeaux), Turpin (Paris), etc. Des communications particulières et des discussions suivront ces exposés.

Faculté de Médecine de Lille. — M. SWYNGHEDAUW, professeur de clinique chirurgicale infantile, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de la Charité (M. Delannoy, retraité).

— M. HURIEZ, agrégé, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (M. Bertin, retraité).

— La CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE (dernier titulaire : M. Swynghedauw, transféré) est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à dater du 24 Mars, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. BERTRAND, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale (M. Patel, retraité).

— M. AIMES, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique gynécologique (M. Lapeyre, transféré).

Faculté de Médecine de Nancy. — M. ROBERT, professeur honoraire, est chargé, à titre provisoire, du cours complémentaire de chimie biologique.

École de Médecine d'Angers. — M. PERREAU est nommé professeur suppléant des chaires de clinique et de pathologie médicales.

École de Médecine de Caen. — M. Jean OLIVIER est institué, pour 9 ans, professeur suppléant de clinique médicale et pathologie interne (M. Porin, nommé professeur titulaire).

École de Médecine de Tours. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale ouvrira le 4 Octobre 1944, à Paris. Inscriptions closes le 4 Septembre.

Concours et places vacantes

Médecins des Hôpitaux de Paris. — SOUS-ADMISSIBILITÉ (12 places). *Résultats* (classement par rangs) : MM. Lesobre, 16; Michel Lamotte, 17 ; Fauvet, 27 ; Brissaud, 33 ; Pautrat, 33 ; Tardieu, 46 ; Nouaille, 48 ; Claisse, 54 ; Sallet, 58; Bour, 59; Eck, 60 ; Aussannaire, 62.

La *Répartition des Internes et des Externes* dans les différents services hospitaliers de Paris aura lieu à l'hôpital Laennec (salle des consultations des spécialités), 42, rue de Sèvres, Paris.

Elèves internes (entrée en fonction le 1er Mai 1944) les 3, 4 et 5 Avril, à 14 h. et 15 h..

Externes en 1er, le 6 Avril, à 15 h.

Elèves externes, du 19 au 28 Avril, à 14 h. 30 ou 15 h.

Internat de l'Hôpital psychiatrique départemental de Naugeat. — Un concours est ouvert le 23 Mai 1944, à Limoges, en vue du recrutement d'un interne titulaire en médecine et d'un interne suppléant.

Inscription à l'inspection de la Santé, 44, cours Gay-Lussac, à Limoges, jusqu'au 30 Avril 1944 inclus.

Internat du Sanatorium de Pignelin, par Nevers (Nièvre). — Un poste d'interne est vacant. S'adresser au médecin-directeur.

Inspection de la Santé

— L'arrêté du 15 Décembre 1943, nommant Mlle le docteur GUY médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Meuse*, est rapporté.

— Mlle le docteur STREISGUTH est chargée des fonctions de médecin inspecteur adjoint intérimaire dans le département du *Rhône*.

— M. le docteur DUFOUR, médecin inspecteur adjoint des Bouches-du-Rhône, a été promu, sur place, médecin inspecteur.

— M. le docteur ABBAL, médecin inspecteur adjoint des Alpes-Maritimes, a été affecté, en la même qualité, dans les *Bouches-du-Rhône*.

— Mlle le docteur LAPORTE, médecin inspecteur du Tarn, a été affectée, en la même qualité, dans le *Gard*.

— M. le docteur MULLER a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de l'*Isère*.

— M. le docteur BRETAGNE a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire dans les *Bouches-du-Rhône*.

SANATORIUMS PUBLICS

— M. le docteur LANGEARD, médecin adjoint au sanatorium de Bodiffé (Côtes-du-Nord), a été nommé médecin directeur du *sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard* (Charente).

Traitements des Médecins des Sanatoriums publics. — Par décret du 7 Mars 1944, voici les nouveaux traitements (exclusifs de toute gratification) :

Médecins directeurs : 1re classe, 60.000 fr.; 2e classe (anc. 2e et 3e cl.), 55.000 fr.; 3e classe (anc. 4e et 5e cl.), 50.000 fr.

Médecin adjoint : 1re classe, 42.000 fr.; 2e classe (anc. 2e et 3e cl.), 37.500 fr.; 3e classe (anc. 3e et 4e cl.), 33.000 fr.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier (à titre posthume) : Médecin lieutenant EMILE THOMAS (Région de Paris).

Chevalier : Médecin lieutenant JEAN-MARIE LOUIS.

Nouvelles diverses

Médaillon du Professeur J. Chalier. — Le 28 Février une brève cérémonie eut lieu à la Clinique des maladies infectieuses de Lyon, à l'hôpital de Grange-Blanche, pour la remise d'un médaillon du Prof. Joseph CHALIER, premier titulaire de cette chaire et chef du service des maladies contagieuses pendant plus de 20 ans. Le Docteur Roger FROMENT, au nom de ses élèves, le Prof. SÉDALLIAN, successeur de Joseph CHALIER à la Clinique, évoquèrent tour à tour l'homme, le chef de service, le savant qu'il fut. Les circonstances n'avaient pas permis de faire frapper des médailles reproduisant l'œuvre originale du Docteur CROUZIER, de Saint-Etienne, mais plus tard une souscription sera ouverte qui comblera cette lacune.

Cours complémentaire libre de pratique biotypologique. — Ce cours, ouvert à tout auditeur, sera fait par le docteur M. VERDUN, ancien interne des Hôpitaux de Paris, à l'Institut d'Hygiène industrielle (2, place Mazas), à 15 h. 45 et 17 h., les 19, 21 et 26 Avril. — *Sujet :* L'expertise biotypologique (but, indications et technique) 1er, 2e et 3e temps.

Association nationale des médecins électro-radiologistes qualifiés. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 12 Décembre 1943.—Le Docteur DELHERM rappelle que l'Association, née en 1942, possède actuellement environ 600 membres. Il remercie MM. BELOT et COLIEZ d'avoir accepté la représentation du groupement auprès de l'Ordre national.

Le Docteur AIMÉ, secrétaire général, propose l'homologation des 130 candidatures présentées, qui ne deviendront définitives qu'après que le Conseil de l'Ordre aura défini la qualification. Il annonce la création d'une section de médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris.

Le bureau est ainsi constitué :

Président : M. DELHERM; vice-présidents : MM. COLIEZ et PONTHUS; secrétaire général : M. AIMÉ; secrétaire adjoint : M. PORTRET ; trésorier : M. ORDIONI ; trésorier adjoint : M. THOYER-ROZAT; Délégué des sinistrés : M. DEMARQUET.

Le rapport BEAU, qui prévoit les modalités d'enseignement de la spécialité et demande la création d'une chaire d'électro-radiologie, a été adressé à la Commission de réforme des études médicales. Ce projet prévoit trois années d'études couronnées par un diplôme.

Les Docteurs BELOT et COLIEZ exposent les difficultés rencontrées lors de la discussion du projet de la nomenclature devant la Commission de l'Ordre national.

Après avoir unanimement réprouvé, une fois de plus, la dichotomie, l'Assemblée discute des questions des Assurances, des honoraires, des K. V. D., des restrictions de courant électrique, des fournitures radiologiques, du contrôle des appareils, de la question fiscale, des actions en cours contre l'exercice illégal, de la retraite, du chauffage et de l'éclairage des cabinets de radiologie.

Journées médicales d'information du Comité national des sports. (Paris, 22, 23, 24 et 25 Juin 1944). — Les rapports présentés seront les suivants :

Utilité de l'étude de la morphologie dans l'examen médical des sportifs et des scolaires. — La morphologie normale de l'adolescent et de l'athlète. — L'aptitude et la préparation aux sports des déficients ; la gymnastique corrective et médicale. — Les activités physiques et sportives chez les scolaires et adolescents pendant la période 1940-1944. Leur influence sur le développement. — L'alimentation et la nutrition des adolescents et des sportifs ; applications pratiques aux activités physiques et sportives : *a*) le comportement respiratoire au cours de l'effort sportif ; *b*) la respiration dans l'éducation physique scolaire; *c*) la respiration des nageurs. — Le comportement cardio-vasculaire au cours de l'effort sportif.

4 prix FRANTZ-REICHEL seront attribués aux meilleurs mémoires présentés par des étudiants inscrits aux Facultés françaises de Médecine, des Sciences ou de Pharmacie sur les sujets suivants :

1° Réactions du cœur à l'effort sportif ; 2° Etude de la respiration dans l'effort sportif, en particulier chez les rameurs ; 3° L'ensoleillement dans l'éducation physique et le sport ; indications et contre-indications ; 4° Les lésions méniscales du genou chez les sportifs. Etiologie, symptômes, séquelles et traitement.

Les mémoires dactylographiés, de 30 pages environ, devront être adressés avant le 1er Mai 1944 au *Secrétariat des Journées médicales d'information du C. N. S.*, 55, boulevard Haussmann, Paris-8e. Les adhésions aux Journées sont gratuites.

L'effort du service de santé militaire dans la relève du corps médical. — L'angoissante question des soins médicaux à assurer à nos prisonniers de guerre en Allemagne est, depuis 1940, au premier plan des soucis gouvernementaux. Elle a imposé au cours de l'année 1943 la relève du personnel médical qui assurait depuis l'armistice le service de santé des camps.

A ce point de vue, la participation du service de santé militaire s'est traduite par le départ de 466 médecins d'active qualifiés, qui ont effectivement remplacé 84 médecins d'active et 382 médecins de réserve en service dans les Oflags et Stalags.

A ces 466 médecins militaires se sont joints 112 médecins civils, dont 29 volontaires et 83 requis par le Secrétariat d'Etat à la Santé.

Par l'effort ainsi accompli dans le silence et l'acceptation d'un rôle souvent difficile, le service de santé militaire, soucieux de servir avant tout la cause de nos prisonniers de guerre, est resté fidèle à ses traditions.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Par arrêté du 22 Janvier 1944, M. le Prof. MARQUIS, directeur du Centre

régional de lutte contre le cancer de Rennes, est nommé membre de la 4e section (cancer) du Conseil permanent d'hygiène sociale.

Médecine et Famille. — L'Association des Médecins amis de la famille et des familles nombreuses médicales a tenu récemment une réunion de travail. 22 membres du Conseil et délégués de la région parisienne ou de province avaient pu venir à Paris. 34 délégués départementaux avaient envoyé leurs rapports et suggestions. Plusieurs sujets qu'il nous est impossible de donner en détail furent traités : Volontaires pour la protection maternelle et infantile. Création d'une section de sages-femmes dans « Médecine et Famille ». Plafond des salaires pour les assurés sociaux. Enseignement démographique. Assurance rente-éducation. Ravitaillement des jeunes familles et des familles nombreuses. Fécondité familiale. Tarif dégressif pour les cotisations à l'Ordre des Médecins. Constitution de commissions familiales. Liaison avec le Conseil national. Cotisation aux associations de famille. Allocations familiales des médecins. Réduction des cotisations pour les médecins ayant élevé 3 enfants sans bénéficier des allocations familiales. Alcoolisme.

La prochaine réunion aura lieu le 14 Mai.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la Réadaptation de l'enfant et des Centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel a eu lieu le 9 Mars 1944 au siège social, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris-6e, sous la présidence du docteur de Parrel. La fondatrice-directrice générale, Mme Louise Matha, a présenté un rapport très documenté sur les activités des organisations médico-sociales de l'Œuvre. Plus de 100 enfants ont fréquenté chaque jour le Centre ; plus de 50.000 séances de rééducation plurivalente ont été données en 1943.

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Voici les nouveaux tarifs pour les malades payants et les A. S. Consultations : 20 fr. ; opérations externes, 75 fr. ; journée d'hospitalisation : 110 fr.

Nos Échos

Naissances.

— Le Docteur et Mme J. Bruneau de la Salle ont le plaisir d'annoncer la naissance de leur fille *Pascale*. (Caen, 25, rue Jean-Romain, 4 Mars 1944.)

— Bernard et Andrée Bret sont heureux d'annoncer la naissance de leur frère *Jean-Paul*. (Mme et le Docteur Bret, 336, rue des Pyrénées, 9 Mars 1944.)

— Le Docteur et Mme Edmond Plouviet sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Jacques*. (Mortagne-du-Nord [Nord], 28 Février 1944.)

— Jean-Claude et Gérard Clermont sont heureux de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-Hélène*. (Docteur Clermont, médecin-directeur du sanatorium de Saint-Sever [Calvados], le 10 Mars 1944.)

— Le Docteur et Mme Maurice Roux sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième enfant, *Geneviève*. (Paris-8e, 1, rue de la Néva, le 2 Mars 1944.)

— M. Jean Jouve, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et Mme, née Dégrais, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *François*. (Pantin, le 27 Février 1944.)

— Le Docteur et Mme Louis Dubarry sont heureux de faire part de la naissance de leur premier enfant, *Alain-François*. (Lyon, le 23 Mars 1944.)

— Le Docteur Gérard Desbonnets, professeur agrégé à la Faculté libre de Médecine, et Mme G. Desbonnets-Lefebvre sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Gérard-Philippe*, leur cinquième enfant. (Lille, le 10 Mars 1944.)

— Le médecin de 1re classe et Madame Roulin sont heureux d'annoncer la naissance de leur 4e enfant, *Dominique-Charlotte*. (Paris, 65, rue d'Alésia, 12 Mars 1944.)

— M. Guy Blanc, interne des hôpitaux de Paris, et Madame, sont heureux d'annoncer la naissance de leur 2e fils, *François*. (Paris, 47 *ter*, bd Saint-Germain, 3 Mars 1944.)

Mariage.

— On nous prie d'annoncer le mariage du docteur Guy Poumeau-Delille, médecin des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marie Texier.

Décès.

— On annonce le décès, survenu à La Roque-Gageac [Dordogne], de Mme Antonin Debidour, veuve de l'ancien professeur à la Sorbonne, mère et grand'mère des Docteurs Antonin et André Debidour, médecins consultants au Mont-Dore, et du Docteur Henri Debidour, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès, survenu le 26 Février, du Docteur Gustave Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien des prisons de la Seine, père du Docteur Raymond Bernard, chirurgien des hôpitaux.

— On annonce le décès, à Saint-Quay-Portrieux, le 21 Février 1944, du Docteur Henri Herrenschmidt, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— On annonce la mort, en Dordogne, de Madame A. Denoix, mère du Docteur P. Denoix, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Soutenance de Thèses

Paris

Thèses de Médecine.

Mercredi 12 Mars 1944. — M. Vecchiali : *Contribution à l'étude du « status dysraphicus »*. — M. Madei : *Contribution à l'étude des avitaminoses K. A propos d'un cas d'ictère chronique avec fistule biliaire. Données cliniques et thérapeutiques.* — M. Bonduelle : *L'ostéopétrose. Maladie d'Albers-Schönberg.*

Jeudi 13 Mars. — Mlle Torre : *Tuberculose et sous-alimentation. (Importance de la qualité professionnelle des malades.)* — M. Marchandin : *Ruptures des grands-droits de l'abdomen.* — M. Devigne : *A propos d'un volvulus gastrique aigu chez l'enfant.* — M. Meresse : *Essais de novocaïne intra-veineuse en oto-rhino-laryngologie.*

Mercredi 15 Mars. — M. Dervillé : *L'abcès ascaridien du foie chez le nourrisson et le petit enfant.* — M. Küss : *La place de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.* — M. Loiseau : *Régression du nombre des psychoses alcooliques dans le Morbihan sous l'influence des restrictions en boissons alcoolisées.* — M. Doria : *Perturbations des sécrétions hormono-sexuelles et rhumatisme chronique chez la femme.* — M. Noal : *Contribution à l'étude des adénogrammes pathologiques de l'enfance.* — M. Vala : *La polyarthrite chronique traumatique. Essai d'interprétation pathogénique.*

Thèses Vétérinaires.

Jeudi 13 Mars. — M. Quinchon : *Etude comparative des différentes techniques de l'examen histologique du poil.* — M. Jeandel : *Le fumage des denrées alimentaires.*

Bordeaux

13 au 18 Mars 1944. — Mlle de la Blandinières : *Le syndrome neuro-œdémateux de l'enfant.*

Montpellier

Diplôme d'Etat.

Janvier 1944. — M. Raymond Calas : *Recherches sur l'élimination urinaire dans les traitements iodo-sulfamidés.*

Février. — M. Jean Pascal : *Les tumeurs papillaires du bassinet.* — M. Henri Souchon : *Les états intersexuels chez la femme.* — M. Raymond Carbasse : *Contribution à l'étude de la macrogénitosomie précoce.* — M. Henri Révol : *Contribution à l'étude des poruations fibrineuses sous le pneumothorax artificiel.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Jne méd. lic. ès sc., actif, célib., aim. déplacem., ch. poste visiteur médic. prod. pharm. Ecr. *P. M.*, n° 530.

A vendre : 1° microscope bactériol. 4 obj. dont 1 imm., 3 ocul. platine régl. parf. ét. ; 2° gde lampe à ray. u.-v. allum. moderne 500 w., cour. altern. 110/220. Ecr. *P. M.*, n° 541.

Bonne secrét. non recens. demandée par import. Labo. Sptés pr apr.-midi seulem. S'adress. Serv. des Employés, 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa 07.549.

J. f. dipl. puér. ch. empl. ds fam. ou pouponnière. Laborde, chez Strauss, rue Galliéni, Périgueux (Dordogne).

Infirmière manipulatrice sténo-dact., logée, est demandée pr cabinet d'électro-radiologie de ville de province proche Paris. Office du Travail de Blois, 60, r. du Bourg-Neuf. Visa 07-377.

Sténo-dactylo exp., 4 ans labo, ch. emploi. Ecr. *P. M.*, 580.

Confrère sinistré ch. appart. 3 à 5 p. Paris. Pourrait donner en éch. 2 p., cuis., bains, Ternes. Ecr. *P. M.*, n° 581.

Vends C. intér. 4 pl. Renault Celtaquatre état neuf; pneus 130×40, jambières moto. Ecr. *P. M.*, n° 582.

Achèterais clinique Paris. Ecr. *P. M.*, n° 583.

Médecin, certificat radiologie, ch. poste assistant ou rempl. radiologie Paris ou Sud-Ouest, pouv. envisager succession. Ecr. *P. M.*, n° 593.

Jeune femme, secrétaire médicale, recherche situation demi-journée. Tél. Danton 45-45.

Poste ionisation Duphot, à vendre, 1.200 fr. Ecr. pr rendez-vous à M. Gaudon, 105, r. Damrémont, Paris-18e.

A céder, raison de santé, poste médecine générale, département Nord. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 599.

Médecin propharm., rég. strictem. agricole, 80 km. Paris. Tr. gr. rapp. A céder av. installat. et mobil. Px une année. Mais. tt confort. Loyer 8.000 comptant. Ecr. *P. M.*, n° 602.

J. femme très au courant stérilisation, réception clientèle, ch. pl. ch. dentiste, médecin ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 603.

Laborat. Hinglais, 30, rue de Miromesnil, Paris, recherche vénules tous modèles pour prélèvements.

Dr cherche cabinet radiologie ou imp. laborat. analyses médic. en vue achat ou association. Ecr. *P. M.*, n° 606.

Pharmacienne au cour. analyses médic. et dispos. de son diplôme, ch. situat. ou remplacem. longue durée Paris dans pharm., Labo ou mais. spécial. pharmac. Ecr. *P. M.*, n° 607.

Poste médecin propharmacien demi-montagne Sud-Est à céder à médecin catholique seulement. Présentation 3 mois. Ecr. *P. M.*, n° 608.

Laborantine ch. empl. Labo rech., expérim. Ecr. *P. M.*, 609.

A vendre belle propriété bord la Bourne (Isère). Site sup. compr. parc env. 2 h. Mais. b. const. à usage étab. therm. Source déb. abond. clas. sulfurée-sod., froide, lég. iodée. *P. M.*, 610.

Trois représentants visitant en collaboration hôp., clin., pharmaciens moitié sud France, cherchent représentation laboratoire ou articles médicaux. Ecr. *P. M.*, n° 611.

Inf. dipl. C.-R. F., dem. pl. assistante pr. laryngologiste, dentiste, spécial. radiologie. Tél. Jas. 85-91.

Médecin cherche acheter paire bottes caoutchouc tr. b. qualité, neuves ou occas., pointure 44. Ecr. *P. M.*, n° 613.

Secrétaire médical diplômé, fils de méd., ch. empl. journée ou demi-journ. ch. méd., chirurg. dent. ou clin. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 614.

Clinique banl. imméd. de Paris, posséd. laborat. installé, ser. heureux entrer en rapport av. méd. voulant créer un Labo de bactériol., sérol. et chimie. Ecr. *P. M.*, n° 615.

J. f. licenciée science, sténo-dactylo, 3 mois prat. labor. médic., ch. place Labo. Ecr. *P. M.*, n° 616.

A vendre, cause décès, pharmacie av. stock à Eyragues pr. d'Avignon. Prix à débattre. Ecr. *P. M.*, n° 617.

Manipulateur radiogr. replié zone sud, non recens., 14 a. prat. cl. et hospital., ch. pl. stable autre rég. Ecr. *P. M.*, n° 618.

Achète bonne clientèle méd. gén. Paris, prov., sous réserve achat ou locat. mat. techn. et tout ameublement. Ecr. Dr Raymond, l'Auberdière, Baugé (M.-et-L.).

Sténotypiste trad. angl., all., esp., it., ferait trav. secrétar. et bibliogr. pr médecin Paris et prov. Ecr. *P. M.*, n° 620.

Bourg Vosges méd. fatigué ch. remplaçant 1 mois env., clientèle moy., sans accouchem., auto disponible pr totalité visites. Ecr. *P. M.*, n° 621.

Maison Santé Accouchem. Paris rech. employée qualifiée, second. direction, économat, surveill. gén. Ecr. réf., prét. Serv. des Employés, 2 *bis*, r. de la Jussienne, Paris. Visa 07.999.

A céder microscope Nachet, 2 ocul., 3 objectifs dont 1 à immers. au 1/12. Etat parf. Mézière, 19, av. Jean-Jaurès, Paris.

Cherche secrétaire aimant les enfants ; cath. pratiq., vie familiale. Dr Doyon, 2, av. Jean-Mermoz, Chaumont (Haute-Marne). Of. dép. travaux, Chaumont, 286.

A vendre microscope ét. neuf., av. 3 object. (1 immers.), 2 oc., boîte marque Meschenmoser, Strasbourg. Ecr. *P. M.*, 625.

Vve de médecin, infirmière secrétaire, dem. place ch. docteur après-midi, excell. référ. Richard, 28, boulevard Victor-Hugo, Neuilly-sur-Seine.

A céder cause décès cab. ophtalm., condit. gén. assurées, consult. à l'ext. Mme Pantel, 22, r. d'Avéjan, Alès (Gard).

A vendre importante boîte chirurgicale. Ecr. Ch. Gontard, 16, rue des Capucins, Lyon.

Sanatorium désire acheter comptant appareil rayons X, table basculante, ampoule 10 kw., générateur 250 v. avec kénotron. Ecr. *P. M.*, n° 629.

J. femme, lic. en droit, dactyl., sténotypiste, rech. secrétariat demi-journ., matinée de préfér. Ecr. *P. M.*, n° 630.

Médecin jeune et actif ch. un poste médical d'une certaine importance. Ecr. *P. M.*, n° 631.

Ferais rempl. médical lge durée ou en vue succession. Ecr. *P. M.*, n° 632.

Confrère, 30 ans, ferait remplacement ou assistance région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 633.

Désire acheter microscope laboratoire avec objectif à immersion. Ecr. *P. M.*, n° 634.

A vendre matér. neuf C.G.R. Polyval. 4 kénos. Diagnostic, thérapie, table Anteorienta compl. gaine, pied Ventilix, Invers. Siemens. Thérapie protect. totale. Ecr. *P. M.*, n° 635.

Oto-rhino est demandé pour consult. 2 fois par semaine, banlieue immédiate. Ecr. *P. M.*, n° 636.

Etudiante Faculté de Médecine Strasbourg, scolarité termin., franç. aryenne, ch. pl. ou assist. Labo bact. séro. Réf. Faculté et hospices Strasbourg. Ecr. *P. M.*, n° 637.

Jne homme, tr. bonne éduc., grandes connaissances de comptabilité, ch. poste de comptable dans sana, mais. repos ou clin. Ecr. Jean Vernin, Varennes-s.-Fouzon (Indre).

Infirmière, 38 ans, désire pl. stable dans clinique région parisienne ou Seine-et-Oise. Sérieuses références. Ecr. Noël, sana Montfaucon (Lot).

A vendre : App. urol., tables, microsc. Zeiss, cystoscopes, Poupinel, vitrine, bouill., stérilisat., etc. Bureau ministre état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 640 ou téléph. Wag. 59-18.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Amirault.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA VALEUR PRONOSTIQUE DE LA PAPILLO-RÉTINITE DES HYPERTENDUS ARTÉRIELS
LA « PAPILLO-RÉTINITE ISOLÉE »

PAR MM.

RISER, PLANQUES, COUADAU et GÉRAUD

L'existence d'une rétinopathie avec œdème, exsudats, hémorragies papillaires et péripapillaires chez un hypertendu artériel, est considérée par tous les auteurs comme un signe de la plus haute gravité, quelle que soit la cause de l'H. A. : néphrite primitive, H. A. solitaire, H. A. primitivement ou secondairement malignes.

L'accord paraît absolu sur ce point : un ou deux ans de survie et souvent beaucoup moins, dès qu'apparaissent l'œdème marqué, les exsudats et les hémorragies, voilà ce qui ressort des énormes statistiques américaines, confirmées de toutes parts.

Nous avons essayé de définir les indices de malignité de l'H. A. dans une série de travaux[1] qui seront résumés par le prochain rapport aux sociétés O. N. O. dont nous sommes chargés.

Nous attribuons toujours une valeur extraordinaire à la rétinopathie du type papillo-rétinite, quelle que soit, nous le répétons, la cause de l'H. A. Le stade de malignité est atteint dès qu'on voit survenir œdème papillaire généralisé, exsudats et hémorragies, ou simplement œdème et exsudats du pôle postérieur de l'œil.

Et ceci a une importance pratique très grande, surtout si on envisage une intervention chirurgicale, surrénalectomies et splanchnicectomies, comme recours ultime. Inversement, il est des cas où la grande papillo-rétinite est un indice de gravité si menaçant qu'elle doit commander l'abstention opératoire.

Cependant, quelques cas échappent, semble-t-il, à ces règles. En voici 3, très typiques, qu'un recul de plusieurs années permet de bien juger. La papillo-rétinite était importante et paraissait commander un pronostic redoutable à brève échéance ; cependant, elle régressa et la survie de ces malades dépasse de beaucoup l'échéance habituelle.

Observation I. — H. A. solitaire chez un homme de 32 ans, très bien tolérée pendant dix ans (jusqu'en 1933). A cette époque, bon fonctionnement cardio-rénal, K = 0,069, concentration max. : 42 g. urée; ortho. et électro-cardio. normaux; à la suite d'un séjour en altitude (Février 1933), troubles visuels subits dus à une « rétinite hypertensive typique, D. et G., nombreux exsudats diffus, péri-maculaires, quelques hémorragies en flammèche, V. O. D. 2/10 et V. O. G. 4/10 » (Prof. Teulières). Dix jours après, céphalées vives, le liquide C.-R. a une pression et une composition normales. La T. A. est de 23×13 : bon état général, mais un pronostic très sombre est porté du fait de la rétinite.

En réalité, les gros troubles oculaires signalés, accentués dix jours après le premier examen (V. O. D. G. 1/10), œdème considérable de la papille et autour d'elle, gros exsudats cotonneux, diffus, nombreux, périvasculaires, hémorragies, s'amendent au bout d'un mois.

En Avril 1933, V. O. D. G. 3/10, œdème important de la papille, exsudats beaucoup moins nombreux, capillarite diffuse.

En Septembre 1933, V. O. D. G. 8/10, quelques étoiles cicatricielles, régression considérable, bords papillaires encore flous.

Un an après, en Septembre 1934, même aspect du fond d'œil, V. O. D. G. 8/10, aspect d'artério-sclérose accentué.

Rien à signaler jusqu'en 1940, le léger flou papillaire ne disparaît pas, mais il n'y a plus d'exsudats, vaisseaux grêles et cuivrés, V. O. D. G. 8/10. La T. A. a augmenté : 25×13 à 15; le rein est toujours bon, K = 0,092 à 0,10, cœur gros, mais suffisant. Cependant légère tachycardie permanente. Amaigrissement. L'évolution se précipite à la fin de 1940. Pâleur, tachycardie progressive et coronarite d'effort; plusieurs crises d'hyposystolie du cœur droit; K = 0,19, 0,52, puis 0 g. 75 d'urée; céphalée constante, avec 0,75 d'albumine dans le liquide C.-R., dont la pression est un peu accentuée (27 en décubitus). Rétinopathie avec hémorragies, exsudats, scotomes. V. O. D. G. 3/10.

Mort d'insuffisance cardiaque et de cachexie, trois mois après le début de cette poussée.

En résumé, une première poussée de papillo-rétinite hypertensive solitaire est suivie d'une rémission de sept ans : puis évolution rapide vers l'hypertension compliquée, avec nouvelle poussée de papillo-rétinite d'un mécanisme et d'un pronostic tout différents.

Observation II. — M. Nic..., 44 ans, est atteint de glomérulo-néphrite chronique hypertensive, avec plusieurs poussées, après une scarlatine à l'âge de 7 ans. Depuis 1935, plusieurs crises d'irido-choroïdite à droite.

En Mai 1938, rétinite importante avec œdème papillaire et péri-papillaire, exsudats nombreux, T. A. R. 70, V. O. D. G., 2/10 (Couadau). Pas d'œdème de la face; H. A. 20×11, bien compensée; volume du cœur normal; pas d'insuffisance rénale, K = 0,14 avec 0 g. 35 d'urée sanguine, polypeptides 0,015, cholestérol 1 g. 75; Cl. plasmatique 3 g. 55; P. S. P. 48 pour 100. Le liquide C.-R. est normal, sa pression en décubitus est de 25 *cm*.

Régime sérieux, repos prolongé.

En Mars 1939, amélioration générale et ophtalmologique; T. A. 18×11,5; au fond d'œil, œdème très léger et diffus, ni hémorragies, ni exsudats, T. A. R. 55, V. O. D. G. 4/10, fonctions cardio-rénales bonnes.

En 1940, même état général et local : léger œdème diffus de la rétine, sans exsudats, ni hémorragies.

Rien à signaler jusqu'en Mai 1943 où un nouvel examen approfondi est pratiqué : bon état général, malgré un amaigrissement de 6 kg. dû aux restrictions, pas d'essoufflement, ni anorexie; cœur excellent. T. A. 18×10. Traces d'albumine urinaire, K. d'Ambard 0,96, avec 0 g. 38 d'urée sanguine; numération et formule normales; pas de rétention chlorée. P. S. P. 60 pour 100; le fond d'œil n'est pas modifié, sans exsudats, ni hémorragies; très léger œdème péripapillaire.

En résumé, poussée évolutive grave de papillo-rétinite solitaire chez un hypertendu artériel modéré, dont Mn n'a pas dépassé 11, *ce qui est exceptionnel ; amélioration importante au bout d'un an.* Statu quo *depuis cinq ans ; bon état actuel.*

Observation III. — Mad. Ba..., 46 ans, est hypertendue avec 23-24×11-13 depuis l'âge de 40 ans (1937) à la suite d'une castration; rapidement après celle-ci la T. A. a augmenté, avec troubles vaso-moteurs importants.

Un an après, en 1938, surviennent des troubles oculaires; brouillard, scotomes, V. O. D. G. 6/10, gros œdème papillaire et largement péri-papillaire blanc, débordant, et nombreux exsudats, quelques menues stries hémorragiques radiaires. Liquide C.-R. non modifié, pression normale. Excellent fonctionnement cardio-rénal. État général bon. Polyp. 0,17 ; K = 0,090 avec 0 g. 30 urée sanguine et 22 g. urée urinaire. P. S. P. 60 pour 100, pas de perturbation de Cl. M. basal augmenté de 15 pour 100. Après trois mois de régime totalement déchloruré, d'angioxyl er acécholine à doses fortes et presque continues, amélioration importante de la vue et de l'aspect ophtalmologique : V. O. D. G. 8/10, simple œdème des bords papillaires, minime.

Cette malade vit toujours, en assez bon état, K = 0,10 à 0,15 et toujours avec 0 g. 50 d'urée sanguine; cœur excellent, T. A. 23×12 en moyenne ; léger œdème papillaire, sans plus.

En résumé, cinq ans après une grosse poussée de rétinopathie exsudative isolée qui a régressé en quelques mois ; survie avec état général assez bon.

Les faits rapportés concernent tous une rétinopathie marquée avec œdème important et exsudats papillaires et péri-papillaires, mais hémorragies minimes ou absentes.

Faut-il mettre sur le même plan l'œdème léger de la rétine et même de la papille chez les hypertendus artériels, œdème souvent partiel ? Il n'y a pas une signification aussi précise que la rétinopathie avec exsudats du pôle postérieur de l'œil, et il est certainement beaucoup moins grave de conséquences ; il représente, avant tout, un signe d'alarme dont la valeur est très marquée ; mais quand il demeure seul ou seulement accompagné de vascularite, il n'a pas la signification péjorative des grandes rétinopathies.

Et maintenant, que faut-il penser de cette papillo-rétinite passagère qui s'amende en quelques mois, finit par disparaître, alors que la survie du malade dépasse cinq ans ? Elle est évidemment d'une signification bien différente de la papillo-rétinite habituelle. L'aspect ophtalmologique permet-il une différenciation ? Nous n'osons l'affirmer, bien que nos 3 cas comportent un élément exsudatif très prédominant et, une fois exclusif, avec hémorragies absentes ou infimes.

Nous avons été frappés par le caractère « solitaire », isolé, de ces manifestations et nous entendons par là : une papillo-rétinite ou, si on préfère, une rétinopathie œdémateuse et exsudative chez un hypertendu artériel, sans signes de défaillance cardio-rénale, sans hypertension cranienne par œdème cérébro-méningé, sans lésion cérébrale en foyer. *Œdème et exsudats rétiniens sont des troubles vasculaires locaux.*

On trouvera, dans nos publications précédentes[2], dans celles de Dubois-Poulsen, quelques exemples de ces papillo-rétinites, sans hypertension cranienne et veineuse, ni azotémie, ni rétention chlorée.

Au point de vue pathogénique, elles offrent un grand intérêt, car elles font comprendre l'importance du facteur vasculaire local (dilatation veineuse, spasmes artériels, trouble de la perméabilité surtout) sur lequel insiste tant Volhard.

On peut, semble-t-il, les opposer aux rétinopathies classiques très graves des H. A. malignes, *compliquées* ou terminales qui relèvent de facteurs multiples généraux, plus ou moins intriqués : facteurs toxiques, stase veineuse générale et surtout céphalique, hypertension cranienne par œdème cérébro-méningé en sont les éléments principaux qui aggravent beaucoup l'atteinte vasculaire rétinienne, élément essentiel, ici aussi, cause de l'œdème, des exsudats, des hémorragies.

On comprend que ce second type de papillo-rétinite, de rétinopathie « accompagnée », décèle un pronostic beaucoup plus grave que les rétinopathies solitaires, car tous les facteurs pathogéniques énumérés représentent une somme de désordres variés, déjà néfastes pris isolément.

Notre première observation est particulièrement intéressante parce que le malade a présenté ces deux types de papillo-rétinite : la première, du type solitaire, isolée, s'est amendée en quelques mois, et pendant sept ans l'H. A. est bien tolérée ; elle s'aggrave, les grandes insuffisances apparaissent et avec elles une papillo-rétinite du second type, « accompagnée » par tous ces signes d'insuffisance qui, d'ailleurs, la créent et la modèlent ; mort rapide dans les délais habituels.

Voici donc 2 types bien différents de papillite chez les hypertendus, 2 *types pathogéniques tout au moins*, car nous avons dit qu'actuellement il était peut-être prématuré de les distinguer du point de vue ophtalmoscopique.

Mais, convient-il d'aller plus loin, de déclarer bénigne, ou plus exactement moins maligne, une H. A. qui est accompagnée de papillo-rétinite solitaire, tandis que la papillo-rétinite accompagnée conserverait sa signification néfaste, serait l'apanage classique des H. A. malignes relativement évolutives ?

Par définition, il en est bien ainsi pendant quelque temps, mais on ne peut limiter ce temps : à côté des observations rapportées, nous avons pu suivre plusieurs malades atteints d'H. A. maligne qui succombèrent en quelques années ; ils présentèrent d'abord une papillo-rétinite solitaire et à ce moment l'absence de tous autres signes pouvait commander l'optimisme. Mais quelques mois après, les facteurs habituels d'atteinte cardio-rénale et d'œdème cérébro-méningé transformaient le pronostic ; à la papillo-rétinite solitaire avait succédé la papillite accompagnée et son cortège de signes maléfiques.

Donc, à elle seule, la papillo-rétinite isolée ne per-

1. En particulier, le numéro de Février 1939 du *Journal Médical français* et *La Presse Médicale*, 10 Mars 1937.

2. Riser, Planques, Becq, Couadau, Lavitry : La papillo-rétinite des hypertendus artériels. *La Presse Médicale*, 1er Octobre 1941.

met pas un pronostic ferme ; tout au plus peut-elle bénéficier d'un préjugé moins défavorable, assez soupçonneux.

En résumé, dans la très grande majorité des cas, l'apparition d'une rétinopathie, d'une papillo-rétinite œdémateuse et exsudative, chez un hypertendu artériel, est un signe de haute gravité pronostique.

Cependant, parfois on voit cette lésion régresser, et la survie être importante, cinq à sept ans et davantage. Les 3 cas de ce type que nous rapportons concernaient des « papillo-rétinites solitaires », isolées, sans autres signes que l'hypertension artérielle indispensable. Tandis que les « papillo-rétinites accompagnées » (d'hypertension cranienne, veineuse, de rétention azotée et chlorée) sont celles qui répondent sans restrictions à la formule classique : malignité absolue. Mais on ne peut établir un pronostic ferme sur la papillite isolée, car celle-ci peut être le premier stade d'un état beaucoup plus grave, à échéance plus ou moins éloignée.

(Clinique neurologique de la Faculté de médecine de Toulouse.)

LA PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DU SÉRUM

DES INFECTIONS ET D'AUTRES MALADIES SPÉCIFIQUES

(Nouvelle conception)

Par le Prof. **D. DANIELOPOLU**

(Bucarest)

Nous avons exposé dans des publications antérieures notre manière de voir sur la production de l'immunité (phylaxie) et de ce qu'on appelle anaphylaxie. Nous soutenons que *l'antigène ne provoque que des phénomènes d'immunité et qu'aucun phénomène de sensibilisation ne se produit. Tous les anticorps sont immunisants et il ne se produit pas d'anticorps anaphylactisants, ni d'anaphylatoxine.* Ce qu'on appelle anaphylaxie est un état produit à côté de l'immunité qui consiste en une hyperconcentration des tissus en précholine (présubstance dont est libérée l'acétylcholine active). Ce qu'on appelle choc anaphylactique est produit par la libération d'acétylcholine au moment de la formation du complexe immunisant ou phylactique. L'antigène provoque (en étroite union avec l'acétylcholine) des anticorps, tous immunisants (*anticorps choline*). Lors de l'injection déchaîaante, l'anticorps (de l'anticorps choline) forme avec l'antigène et l'alexine le complexe phylactique et la choline se détache sous la forme d'acétylcholine active qui provoque le choc dit anaphylactique. *Antigène + anticorps choline + alexine = antigène — anticorps — alexine + acétylcholine.* C'est pour ces raisons que nous avons proposé de remplacer le terme d'anaphylaxie par celui de *paraphylaxie* et le terme de choc anaphylactique par celui de *choc paraphylactique acétylcholinique.* L'état de paraphylaxie, tout en étant le corollaire de l'état de phylaxie (immunité), qui est spécifique, est en lui-même non spécifique. En effet, n'importe quel serait l'antigène qui est en cause, cet état se caractérise toujours par une hyperconcentration en précholine. De même le choc paraphylactique acétylcholinique, tout en étant provoqué par un complexe phylactique spécifique, est toujours identique n'importe quel serait l'antigène et l'anticorps qui sont en cause, car il est toujours dû à la libération d'acétylcholine. L'état de paraphylaxie est une véritable maladie, l'hyperconcentration en précholine modifiant le tonus des organes. La paraphylaxie est ce que nous avons appelé *maladie non spécifique,* car elle est identique quel que soit l'antigène qui l'ait causée.

Mais les accidents paraphylactiques ne sont pas la seule maladie que peut provoquer un antigène, mais seulement les déchets, les accidents de l'immunité établie contre cet antigène. Par son action propre, spécifique, l'antigène, inerte ou vivant, provoque, lorsque la réaction de défense n'a pas atteint son but, une *maladie spécifique* : c'est la maladie du sérum, les infections, etc. Selon von Pirquet et Friedberger la maladie du sérum et les infections sont des phénomènes anaphylactiques purs et sont provoqués par l'anaphylatoxine libérée par l'alexine, à partir de l'antigène sensibilisé par l'anticorps.

Selon notre conception la maladie spécifique (maladie du sérum, infections et autres maladies spécifiques) est provoquée par l'action spécifique de l'antigène (différente d'un antigène à l'autre), mais qui ne peut s'exercer que lors de la formation d'un complexe phylactique avec libération d'acétylcholine.

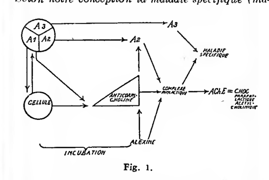


Fig. 1.

L'antigène vivant ou inerte a deux actions : une *action non spécifique* ou *acétylcholinergique* commune à tous les antigènes, qui se produit sans incubation et qui consiste en libération d'acétylcholine, et une *action spécifique* qui n'apparaît qu'après une période d'incubation et qui est différente selon l'antigène considéré (maladie du sérum, infection, etc.). L'action non spécifique prépare l'action spécifique, l'acétylcholine libérée apparaît comme l'élément indispensable pour que l'antigène s'adapte à l'organisme et puisse agir. En même temps l'acétylcholine concourt à la formation des anticorps.

Plusieurs cas peuvent se présenter. L'antigène introduit dans l'organisme peut ne produire aucune réaction et reste un simple corps étranger. Il n'y a pas de phylaxie, ni de paraphylaxie, ni de maladie spécifique. Dans une seconde catégorie de cas l'antigène libère de l'acétylcholine, condition indispensable pour qu'il puisse agir sur les tissus, et qui sert en même temps à la production des anticorps.

Nous sommes très enclin à croire que l'anticorps est le résultat d'une combinaison entre l'antigène et des produits de réaction cellulaire, dont il résulte des globulines spécifiques qui se produisent en étroite union avec la précholine. Sans affirmer que la précholine fait partie constituante de l'anticorps, et seulement pour marquer l'importance de l'acétylcholine, tant dans leur formation qu'au moment de l'entrée en action, nous avons désigné ces corps sous le nom d'*anticorps-choline.* L'anticorps-choline a une fonction spécifique (l'anticorps) qui provoque l'état de

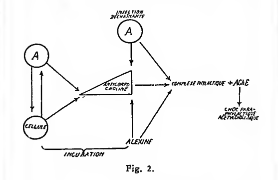


Fig. 2.

phylaxie et une fonction non spécifique (choline) commune à tous les antigènes, qui provoque l'état de paraphylaxie.

Les anticorps-choline ainsi formés tendent à fixer l'antigène libre. Si le phénomène se fait petit à petit et par petites étapes et si tout l'antigène arrive à être fixé dans le complexe phylactique (antigène-anticorps avec ou sans alexine), il ne reste plus d'antigène libre qui puisse provoquer de maladie spécifique et tout se résume à un état de phylaxie et de paraphylaxie. Il s'agit dans ces cas d'un phénomène *d'immunité complète* dans laquelle tout l'antigène a été fixé et rendu inoffensif. C'est le cas d'une injection de sérum qui ne provoque pas de maladie du sérum. C'est le cas aussi d'un agent infectieux qui a envahi l'organisme et qui, grâce au phénomène d'immunité complète qui se produit, ne provoque pas d'infection.

Mais lorsqu'une partie seulement de l'antigène a été fixée par l'anticorps la maladie spécifique se produit. Une fraction de l'antigène (A1) sert à la formation des anticorps, une seconde fraction (A2) est fixée par les anticorps dans un complexe phylactique qui libère de l'acétylcholine, et qui d'un autre côté favorise l'action spécifique de la troisième fraction (A3) de l'antigène qui provoque la maladie spécifique (*phénomène d'immunité incomplète,* fig. 1). C'est le cas d'une injection de sérum qui au bout de six à dix jours produit la maladie sérique, et le cas d'un agent infectieux qui a provoqué une infection.

Ainsi donc, le phénomène initial est la libération d'acétylcholine qui adapte l'antigène à l'organisme animal et lui permet d'agir. En même temps il se produit des anticorps-choline et il prend naissance des complexes phylactiques. Si le phénomène d'immunité est complet, tout se réduit à un état de phylaxie et de paraphylaxie (maladie non spécifique) ; s'il est incomplet, le choc paraphylactique déclenche la maladie spécifique. Nous ne connaissons pas le mécanisme de ce phénomène, mais nos observations ne laissent plus aucun doute sur la production, au début de la maladie spécifique, d'un choc paraphylactique acétylcholinique et sur un rapport de filiation entre ce dernier et la maladie spécifique.

Dans l'hypothèse de von Pirquet et Friedberger, la maladie du sérum et les infections sont dues à la production de l'anaphylatoxine et ces maladies sont de nature purement anaphylactiques. Mais Bordet objecte à juste raison que, l'anaphylatoxine étant

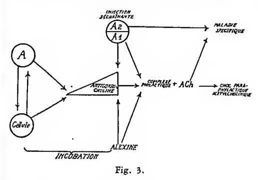


Fig. 3.

identique, la symptomatologie de ces maladies devrait être semblable. *Dans notre hypothèse c'est l'antigène même qui, à la faveur du choc paraphylactique acétylcholinique, rend possible le déclenchement de la maladie spécifique et l'action spécifique de chaque antigène étant différente, chaque maladie spécifique a sa symptomatologie propre.*

Une fois la maladie spécifique déclenchée, la lutte entre les anticorps et l'antigène recommence. L'antigène libre continue son action acétylcholinergique et donne naissance à de nouveaux anticorps. Mais les conditions sont défavorables une fois que la maladie spécifique a commencé, car la formation des anticorps a besoin d'acétylcholine et cette dernière est consommée par les phénomènes spécifiques eux-mêmes. Deux phénomènes évoluent en même temps : l'action spécifique qui tend à abaisser la concentration en précholine des tissus et l'action acétylcholinergique (avec formation d'anticorps) qui tend à l'élever. Si la maladie guérit c'est cette dernière qui arrive à prédominer. Les anticorps ainsi formés tendent à fixer l'antigène. Si le phénomène se fait par petites étapes, la maladie spécifique diminue progressivement et finit par guérir. C'est ce qui se passe dans une infection qui se termine en lysis, comme la fièvre typhoïde. Mais il se peut que le phénomène se produise d'un coup, que tout l'antigène soit fixé à la fois par les anticorps. Il en résulte un choc paraphylactique acétylcholiaique intense comme dans la défervescence d'une pneumonie.

Dans le cas des antigènes inertes, ce n'est que l'action acétylcholinergique de l'anticorps qui entre en cause. Dans le cas des antigènes vivants, l'acide para-aminobenzoïque joue un rôle important, d'abord parce qu'il est le facteur indispensable à la multiplication des microbes et ensuite parce que cette substance est aussi acétylcholinergique.

Nous examinerons maintenant ce qui se passe lors de la réintroduction du même antigène.

Si tout l'antigène nouvellement introduit est fixé par les anticorps, il résulte un choc paraphylacti-

que acétylcholinique sans aucun phénomène spécifique (fig. 2). C'est le cas par exemple du cobaye qui a reçu une première injection de sérum de cheval et qui fait un choc paraphylactique acétylcholinique pur, lors de l'injection déchaînante.

Si seulement une partie de l'antigène (A1) nouvellement introduit a été fixée par les anticorps, le complexe phylactique qui en résulte déclenche un choc paraphylactique acétylcholinique et la fraction d'antigène qui reste libre (A2) exerce son action spécifique et déclenche la maladie spécifique (fig. 3). C'est le cas d'un sujet qui ayant reçu une injection de sérum étranger, au bout de quelque temps, en reçoit une seconde. Il se produit alors des phénomènes acétylcholiniques qui appartiennent au choc paraphylactique acétylcholinique et des phénomènes spécifiques qui sont dus à l'action spécifique de la fraction d'antigène qui n'avait pas été fixée dans le complexe.

Dans tous les cas où la maladie spécifique a été provoquée par une réintroduction de l'antigène, elle apparaît sans incubation. C'est une nouvelle preuve de l'incubation nécessaire à la production des anticorps qui entrent dans la formation du complexe phylactique qui déclenche la maladie spécifique.

Nous exposerons maintenant très résumés les faits sur lesquels nous avons basé notre hypothèse.

1° Dans nos recherches expérimentales faites sur les vaisseaux du chat et du chien, nous avons constaté que le sérum de cheval, la tuberculine, les extraits bactériens (colibacilles, staphylocoque, typhique) sont acétylcholinergiques, ils libèrent de l'acétylcholine. Leur action est exagérée par l'ésérine et empêchée par l'atropine. Les mêmes bactéries soigneusement lavées à l'eau physiologique ne sont pas acétylcholinergiques, cette action appartenant à leurs produits de sécrétion.

Une seule injection de sérum de cheval chez l'homme peut provoquer un choc acétylcholinique grave, surtout lorsqu'elle est faite dans la veine. Ce qu'on appelle toxicité propre du sérum n'est que son action acétylcholinergique.

2° L'acide para-aminobenzoïque inhibe le cœur de grenouille (Rudeanu) et les vaisseaux chez le chat et le chien (Danielopolu et Rudeanu). Son action est identique à celle de l'acétylcholine. Elle est exagérée par l'ésérine et empêchée par l'atropine.

3° Pendant l'incubation de la maladie du sérum une injection d'adrénaline produit un effet que nous ne constatons que lorsque la concentration des tissus en précholine est exagérée. Une dose qui chez le sujet normal est amphomimétique à prédominance sympathique (vasoconstrictrice) devient pendant l'incubation de la maladie du sérum isomimétique (action nulle) ou amphomimétique à prédominance parasympathique (action vasodilatatrice).

Chez des cobayes injectés à la toxine diphtérique (dose mortelle en soixante-douze heures), nous injectons en pleine période d'incubation (deux heures après l'injection de toxine) une dose d'ésérine bien supportée par les témoins. Ils font un choc acétylcholinique mortel, ce qui démontre aussi que pendant l'incubation la concentration en précholine est augmentée.

4° Nous injectons dans la veine chez le cobaye un mélange neutre de toxine et d'antitoxine diphtérique : aucun choc. Mais si nous traitons préalablement l'animal par l'ésérine, qui facilite l'intervention de l'acétylcholine, l'animal fait un choc paraphylactique classique auquel s'associe quelquefois une paralysie du train postérieur. Chez le cobaye normal le choc ne se produit pas, parce que avec les anticorps qui agissent sans toxine, la libération d'acétylcholine n'est pas assez intense et assez rapide et cette substance s'inactive rapidement. L'ésérine empêchant cette inactivation, le choc apparaît. *Mais ce qui est important c'est qu'il apparaît sans incubation la paralysie du train postérieur qui fait partie de la maladie spécifique.* Ainsi donc si nous introduisons en même temps l'antigène et l'anticorps la maladie spécifique apparaît sans incubation.

Cette expérience démontre que c'est le choc paraphylactique acétylcholinique qui déclenche la maladie spécifique et que l'incubation est nécessaire à la production des anticorps, sans lesquels le complexe phylactique ne peut pas se produire et non plus le choc qui déclenche les phénomènes spécifiques.

5° Nous avons étudié à l'aide de différentes épreuves végétatives, et surtout à l'aide de notre épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme, le tonus sympathique et parasympathique pendant l'infection et la convalescence. Voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivé. Le début de la maladie qui commence brusquement (pneumonie) est provoqué par un choc paraphylactique acétylcholinique dû à un complexe phylactique dans lequel l'antigène n'est pas totalement fixé et la fraction qui reste libre produit la maladie spécifique. Nous trouvons des phénomènes acétylcholiniques dus au choc (bradycardie, hypothermie initiale) suivis de phénomènes spécifiques (ascension brusque de la température, leucocytose, phénomènes locaux, etc.). Le frisson est dû au passage brusque de l'hypothermie acétylcholinique à l'ascension thermique spécifique. Pendant la période infectieuse proprement dite nos épreuves prouvent que la courbe acétylcholinique est basse (tachycardie) et à mesure que s'approche la guérison elle monte. Lorsque les anticorps sont arrivés à une concentration suffisante, il prend naissance un complexe phylactique qui fixe tout l'antigène resté libre. *Il en résulte la défervescence brusque qui n'est qu'un choc paraphylactique acétylcholinique pur. Les sueurs profuses, la débâcle urinaire, l'hypothermie, la bradycardie de convalescence, la leucopénie avec mononucléose suivie d'éosinophilie, sont les effets de l'acétylcholine libérée par le complexe phylactique.*

Dans une fièvre typhoïde, le début et la fin de la maladie n'ont pas le caractère de choc, car les phénomènes phylactiques qui les provoquent se font par petites étapes et ne déclenchent pas de choc paraphylactique acétylcholinique violent.

La maladie du sérum commence brusquement et finit progressivement. Elle peut évoluer par poussées. Tout dépend de la quantité d'antigène fixée à la fois et par conséquent de l'intensité du choc qui se produit. La bradycardie et l'hypotension, la leucopénie avec mononucléose et éosinophilie sont des phénomènes acétylcholiniques. La fièvre, les phénomènes articulaires, cutanées, névritiques sont des phénomènes spécifiques. Dans les phénomènes cutanés l'histamine joue aussi un rôle important.

6° Nous avons dit que les phénomènes spécifiques ne peuvent se produire qu'à la faveur des complexes antigènes-anticorps et du choc paraphylactique qui s'ensuit. Si nous empêchons par l'atropine l'action de l'acétylcholine, les phénomènes spécifiques sont retardés. Voici notre expérience.

Nous injectons sous la peau de la patte postérieure droite du cobaye une dose (mortelle en trois jours) de toxine tétanique. Le tétanos apparaît d'abord dans les muscles de la patte injectée et ensuite se généralise. Chez les cobayes traités par l'atropine la généralisation du tétanos est retardée de vingt-quatre heures et la mort de l'animal de vingt-quatre à quarante-huit heures.

7° Pour prouver le rôle de l'acétylcholine dans tous ces phénomènes nous apportons encore l'argument suivant. Tous les facteurs qui facilitent l'intervention de l'acétylcholine (ésérine, pilocarpine, amphotonie) favorisent en même temps la maladie spécifique, la phylaxie et la paraphylaxie, et tous les facteurs qui empêchent l'intervention de l'acétylcholine (atropine, hypoamphotonie) empêchent en même temps les trois ordres de phénomènes. Pour ne donner qu'un seul exemple, les enfants et les adolescents qui sont en état d'amphotonie (hyperconcentration en précholine et préadrénaline) font les phénomènes infectieux plus intenses, s'immunisent plus facilement et ont des accidents paraphylactiques plus graves, alors que chez les cachectiques qui sont en état d'hypoamphotonie (hypoconcentration en ces présubstances) les phénomènes infectieux sont torpides, l'immunité est faible et les accidents paraphylactiques n'apparaissent pas.

LES EFFETS DE LA SPLANCHNICOTOMIE BILATÉRALE SUR LA GLYCORÉGULATION

PAR

P. ÉTIENNE-MARTIN, LECUIRE, CRUAUD et Mlle WATREMEZ

(Lyon)

La splanchnectomie bilatérale ne modifie pas la glycémie de base.

C'est un fait de physiologie courante. Cannon l'a montré chez le chien. Hermann, Morin et Vial l'ont confirmé en 1936. Nous-mêmes en 1939 l'avons vu sur l'homme splanchnectomisé. Sendrail en 1942 montre l'élévation légère de la glycémie dans les six heures qui suivent la section du nerf.

Mais cette simple constatation statique ne clôt pas le problème.

Le mode de rétablissement de la glycémie brusquement déséquilibrée, soit par un apport exagéré de sucre par voie portale, soit par une injection d'insuline — processus vraiment cinétique de régulation — peut être troublé sans que la glycémie de base ne soit modifiée. Or, nous possédons des tests sensibles pour mettre en évidence ces troubles de la glycorégulation. Ce sont les épreuves d'hyper et d'hypoglycémie provoquées, vulgarisées en clinique par Marcel Labbé. Ils ont permis de classer toutes sortes d'états para-diabétiques qui avaient échappé à la seule étude de la glycémie à jeun, qui reste dans ces cas toujours normale. Ces tests permettent d'étudier les réactions surrénaliennes pancréatique et hépatique à ces déséquilibres glycémiques.

Chez l'homme et le chien normaux, il était permis de se demander si la section des nerfs splanchniques qui innervent le foie, le pancréas et la surrénale amenait, à défaut d'une modification de la glycémie basale, une perturbation de cette glycorégulation, facile à mettre en évidence par ces tests d'hypo et d'hyperglycémie.

Les techniques ont été les suivantes : les chiens ont eu les splanchniques coupés par voie sus-diaphragmatique rétro-pleurale. C'est une opération d'une technique délicate chez cet animal dont le feuillet pleuro-pariétal est fragile et facile à déchirer.

Chez l'homme, nos malades hypertendus splanchnectomisés par M. Wertheimer suivant la technique de Peet se sont prêtés volontiers aux tests d'hyper

I. — *Après infiltration splanchnique.*

a) Chez l'animal :

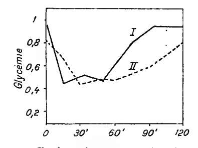


Fig. 1. — Ch. de 17 kg. (Pompon) hypogly. prov. I, avant infil. splanch. bil. ; II, 8 jours après.

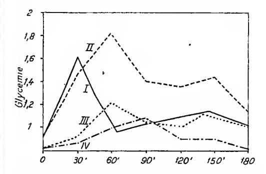


Fig. 2. — Ch. de 17 kg. (Pompon) hypergly. prov. I, avant infil. spl. bil. ; II, 1 jour après ; III, 4 jours après ; IV, 22 jours après.

b) Chez l'homme (hypertendu) :

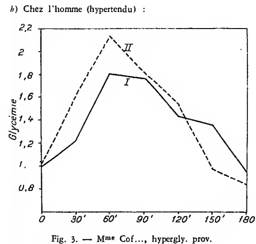


Fig. 3. — Mme Cof..., hypergly. prov. I, avant infiltration spl. bil. ; II, 1 jour après.

et d'hypoglycémie. Ces épreuves ont été pratiquées suivant le mode habituel.

6 malades hypertendus et 3 chiens sains ont été étudiés. Les courbes sont à un tel point semblables qu'il nous suffit de prendre l'une d'elles pour exposer le résultat général.

Les résultats.

De la comparaison de ces courbes, il ressort trois faits essentiels : après infiltration anesthésique ou section chirurgicale des deux nerfs splanchniques chez l'homme non diabétique, comme chez l'animal sain :

1° *La glycémie de base n'est pas modifiée.* Sendrail a de plus précisé que pendant les premières heures qui suivent la section, la glycémie basale subit un petit mouvement ascensionnel qui s'estompe à la sixième heure.

2° *L'aire d'hyperglycémie provoquée passe par deux phases : dans une première phase qui dure de*

dix à quinze jours, elle augmente, sans prendre l'allongement du type diabétique. *Dans une 2e phase qui débute du dixième au quinzième jour,* pour se poursuivre pendant plusieurs semaines, *l'aire d'hyperglycémie se rétrécit* notablement par aplatissement de la courbe.

3° *L'aire d'hypoglycémie provoquée semble s'agrandir.* Nous n'avons pas pu saisir de phases

II. — *Après splanchnicotomie bilatérale.*

a) Chez l'animal :

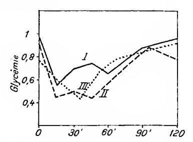


Fig. 4. — Ch. de 18 kg. (Ramsès) hypogly. prov.
I, avant spl. bil. ; II, 3 jours après ; III, 10 jours après.

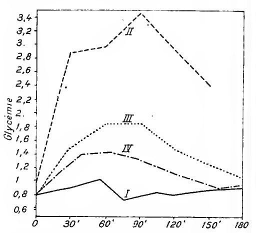


Fig. 5. — Ch. de 23 kg. (Dianne) hypergly. prov.
I, avant spl. bil. ; II, 2 jours après ; III, 4 jours après ; IV, 10 jours après.

b) Chez l'homme (hypertendu) :

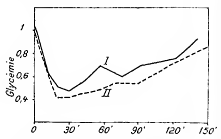


Fig. 6. — Mme Can..., hypogly. prov.
I, avant spl. et surrénal. gche ; II, 41 jours après.

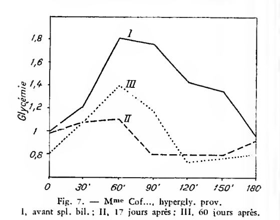


Fig. 7. — Mme Cof..., hypergly. prov.
I, avant spl. bil. ; II, 17 jours après ; III, 60 jours après.

comme dans l'épreuve précédente par suite des difficultés techniques : la splanchnectomie sensibilise l'hypertendu à l'injection d'insuline qu'il supporte mal par voie intraveineuse.

INTERPRÉTATION.

La section des splanchniques n'agit pas dans l'organisme normal sur la glycémie de base. Les régulations viscérales autonomes et périphériques suffisent au maintien de l'équilibre glycémique. Nous ne généraliserons pas cette donnée à l'organisme diabétique : les tentatives d'études sont contradictoires et insuffisantes pour se faire une idée exacte de ces phénomènes.

Au contraire, le mode de rétablissement de cet équilibre glycémique est profondément modifié après la section des nerfs splanchniques quand il est troublé par les épreuves d'hypo ou d'hyperglycémie.

Ce nerf intervient donc directement dans la régulation immédiate de la glycémie. Quand on le coupe, la réaction de compensation à l'hyperglycémie provoquée est, dans une première phase, plus lente que dans l'organisme normal ; dans une 2e phase, cette réaction est plus rapide : la régulation se fait probablement pendant cette période, au niveau des viscères, par sollicitation humorale directe. Combien de temps cette phase dure-t-elle ? Nous ne l'avons pas encore déterminé.

C'est là le fait grossier, essentiel. Pouvons-nous approfondir le phénomène et dire si c'est par une modification surrénalienne, pancréatique ou hépatique que la section splanchnique intervient ? Une nouvelle expérimentation s'impose pour dissocier ces différents phénomènes.

* * *

Ces études ne nous semblent pas inutiles pour aborder la pathologie du diabète. Dès l'instant où il est bien prouvé que le nerf splanchnique intervient dans la régulation glycémique, on doit songer à étudier son rôle dans le diabète humain, non point dans le but unique d'abaisser le seuil de la glycémie, mais à son défaut dans celui de rectifier les réponses organiques aux poussées hyperglycémiques, dont la mauvaise régulation est signée par l'augmentation considérable de l'aire d'hypoglycémie provoquée.

Il ne serait donc pas illusoire d'attendre de la résection des splanchniques, chez certain diabétique, une meilleure réponse organique aux poussées hyperglycémiques si fréquentes et désordonnées chez ces malades. Il ne nous semble pas illusoire non plus d'attendre du blocage anesthésique une indication sur les effets éventuels d'une résection, en ayant soin d'étudier la courbe d'hyperglycémie provoquée dans les quinze jours qui suivent l'infiltration novocaïnique du nerf splanchnique.

A PROPOS DES AMÉNORRHÉES D'ORIGINE PSYCHIQUE

LES AMÉNORRHÉES PITHIATIQUES, CURABLES PAR LA PERSUASION

Par **Jacques DECOURT**
(Paris)

La notion des aménorrhées d'origine psychique est depuis longtemps établie. Elle ne semble pourtant pas occuper dans l'esprit des médecins la place qu'elle mérite. La part éminente accordée aujourd'hui aux hormones en physiologie et en pathologie fait un peu négliger ce qui revient au système nerveux dans la régulation des fonctions endocriniennes. Notamment, en présence d'aménorrhées accompagnées de troubles psychiques, on semble généralement enclin à imputer le dérèglement nerveux aux troubles des règles, plutôt qu'à invoquer le processus inverse. Un diagnostic exact est évidemment affaire de cas particuliers, et toute attitude systématique est condamnable. Mais il nous paraît qu'en ce domaine quelques réflexions et quelques exemples ne sont pas hors de propos.

I. — On sait qu'une *émotion vive,* telle que la peur, peut inhiber les fonctions menstruelles. Il n'est que de citer les aménorrhées si fréquemment observées pendant la guerre, à la suite des émotions de l'exode, et plus particulièrement chez des jeunes filles ou des femmes soumises à des bombardements. Nous en connaissons personnellement maints exemples. Ici le choc émotif est manifestement déterminant. Son rôle est d'interprétation relativement aisée. Une émotion vive et soudaine retentit sur les centres nerveux du diencéphale. On sait notamment que la peur peut entraîner des manifestations somatiques multiples : tremblement avec claquement des dents, inhibitions motrices, horripilation des poils, polyurie, voire exophtalmie. Les physiologistes ont montré qu'une décharge d'adrénaline peut intervenir en pareil cas, mettant ainsi en évidence un dérèglement hormonal à point de départ nerveux. On connaît également l'existence de polyuries, de glycosuries d'origine émotive. Le choc diencéphalique n'est-il pas capable de retentir de même, directement ou par l'intermédiaire de l'hypophyse, sur les fonctions ovariennes, au point de les inhiber durablement ? L'observation clinique laisse entrevoir l'importance des dérèglements qui peuvent ainsi succéder à l'émotion. L'arrêt des menstruations peut s'accompagner de troubles importants de la nutrition, de sens d'ailleurs variable. Dans certains cas il est suivi d'une augmentation de poids importante et rapide, traduisant à la fois un engraissement véritable et une rétention hydrochlorurée. Dans d'autres cas au contraire apparaît un amaigrissement progressif et considérable conduisant au tableau de la maladie de Simmonds. Ces derniers faits ressortissent nosologiquement à l'anorexie mentale ; mais il semble bien, dans certains cas, que la restriction alimentaire volontaire ne suffise pas à expliquer l'amaigrissement, du moins au début, de même qu'elle ne peut être invoquée à l'origine de l'aménorrhée lorsque celle-ci ouvre la scène.

Nous avons déjà étudié les faits de ce genre, et nous n'y reviendrons pas[1].

II. — Mais le choc émotif déclenché par une grande frayeur a presque la valeur d'un traumatisme physique. On peut penser que les impressions sensorielles, auditives et visuelles agissent à la manière d'un véritable réflexe dans leur retentissement sur les centres diencéphaliques de la régulation neuro-végétative et endocrinienne.

Des émotions d'un autre ordre, directement élaborées dans la sphère psycho-affective, peuvent intervenir plus silencieusement dans le déterminisme de l'aménorrhée.

Tel est le cas des *aménorrhées des femmes de prisonniers,* dont les exemples sont également fréquents, et qui guérissent généralement dans les jours ou les semaines qui suivent le retour du mari au foyer conjugal. Là encore, cependant, on pourrait invoquer l'intervention de mécanismes physiques, au moins dans le retour des règles : la reprise des relations conjugales rétablirait les menstruations par une sorte de réflexe mettant en jeu les centres diencéphaliques de la régulation neuro-endocrinienne.

III. — Mais, dans certains cas, l'aménorrhée déclenchée par un processus purement psychologique peut guérir, à la manière d'un trouble pithiatique, par la simple persuasion. Ce sont des observations de ce genre que nous désirons brièvement rapporter.

Il faut envisager ici 2 ordres de faits, selon qu'il existe ou non, en dehors de l'aménorrhée, d'autres symptômes de la série pithiatique classique.

A. L'interprétation clinique est aisée lorsque la malade présente des *accidents de nature évidemment pithiatique,* ainsi qu'on le voit dans les 2 observations suivantes :

Mme X..., 23 ans, s'est mariée peu avant la guerre. Elle n'a pas d'enfants. Son mari est fait prisonnier en Juin 1940. Rien d'anormal jusqu'en Décembre 1941. A ce moment, sans cause apparente, les règles, jusqu'alors normales, cessent brusquement en même temps que la malade se met à engraisser rapidement : elle prend 6 kg. en quatre mois. Elle est triste, renfermée, sans courage à son travail. En Avril apparaissent des manifestations convulsives du type pithiatique. La malade se met au lit et pendant un mois paraît dormir continuellement. Elle se réveille cependant pour s'alimenter. Le sommeil cesse, mais on voit s'installer un mutisme complet, bientôt compliqué d'une raideur généralisée d'aspect tétaniforme. On croit à une encéphalite léthargique, compliquée d'hypertonie et d'aphasie. C'est alors que nous sommes appelé auprès de la malade, le 1er Juillet 1942. Nous n'avons pas de peine à reconnaître la nature hystérique des accidents. Par des manœuvres purement suggestives,

1. Jacques DECOURT : Les dérèglements endocriniens à point de départ psychique. *Le Progrès Médical,* 24 Septembre 1942, **70,** n° 22, 387. — Jacques DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN, A. BRAULT et F. VERLIAC : Etude biologique de 3 cas d'anorexie mentale (A propos des rapports de cette affection avec la cachexie dite hypophysaire). *Ann. d'Endocrinol.* (sous presse). L'observation I de ce mémoire est un exemple typique d'aménorrhée émotive.

sans la moindre faradisation, nous obtenons assez aisément la guérison, en une heure. Une mobilisation manuelle énergique des membres et du tronc permet d'abord de vaincre la contracture. Puis on arrive à mettre la malade debout, à la faire marcher, s'habiller, à vaincre enfin le mutisme qui durait depuis deux mois. Rappelons que la malade était aménorrhéique depuis six mois. Trois jours après notre visite et la guérison des accidents pithiatiques, les règles reparurent ; elles ont gardé depuis lors leur rythme normal. Il n'y a pas eu de rechute. Quelques mois plus tard le mari rentrait de captivité. Peu après les règles disparaissaient à nouveau, mais il s'agissait cette fois d'une grossesse, qui a suivi son cours normal.

Mme L..., 27 ans, présente une première fois, en Septembre 1939, à la suite du départ de son mari aux armées, des troubles du caractère et des accidents convulsifs, qui sont mis sur le compte du pithiatisme et cèdent à l'isolement. Après l'armistice le mari rentre au foyer. Mais en Avril 1943 il est réquisitionné pour aller travailler en Allemagne. Mme L... est très émue par ce départ. A ce moment ses règles disparaissent, puis des troubles nerveux se reproduisent : crises convulsives avec mouvements désordonnés, sans perte de connaissance. Un essai de traitement par la réflexothérapie nasale reste inefficace. Les crises convulsives cèdent, mais une pseudo-paralysie avec contractures s'installe et provoque l'admission de la malade dans notre service, le 18 Juin. La marche est impossible. Les membres inférieurs sont fortement contracturés, le droit en extension et rotation externe, le gauche en flexion. L'impotence affecte aussi le membre supérieur gauche. Hémianesthésie globale du côté gauche. Hostilité. Mutisme. Une première séance de faradisation modérée permet de vaincre les contractures. La malade se met debout et marche en draguant. Une nouvelle séance pratiquée le lendemain amène une guérison complète. La malade quitte l'hôpital le 29 Juin. On ne lui prescrit que du bromure de sodium, et on lui annonce le retour prochain de ses règles. Elle nous écrit en effet, le 31 Juillet, que celles-ci ont reparu.

On peut parler, dans ces cas, d'aménorrhées hystériques, dont l'origine névropathique est évidente. Leur diagnostic est facile en présence d'accidents pithiatiques caractéristiques ; et les circonstances étiologiques sont encore très explicites. Le fait intéressant est de voir guérir l'aménorrhée sous l'influence de la simple suggestion, armée ou non, comme guérissent les autres accidents pithiatiques.

B. Mais il est des cas d'interprétation plus difficile, *lorsque aucune circonstance extérieure importante ne paraît précéder l'aménorrhée et qu'aucune manifestation névropathique grossière ne vient en signer la nature.* Tels sont les faits suivants, observés bien avant la guerre.

Une jeune fille de 19 ans, normalement réglée depuis l'âge de 13 ans, nous est adressée pour des troubles nerveux accompagnant une aménorrhée et un engraissement notable. L'arrêt des règles a été le premier phénomène en date. Il a été brusque, les dernières menstruations n'ayant rien présenté d'anormal. Au moment de notre examen l'aménorrhée est complète depuis huit mois. Dans ce laps de temps la malade affirme avoir engraissé de 10 kg. C'est cet engraissement qui l'inquiète, pour des raisons esthétiques. Elle accuse en outre une sensation diffuse de gonflement, des palpitations, de l'angoisse thoracique avec striction pharyngée. Différents traitements endocriniens ont été prescrits, sans le moindre résultat : injections de prolans, puis de folliculine. Ces dernières semblent même avoir exagéré les phénomènes nerveux. L'interrogatoire nous apprend qu'une contrariété d'ordre affectif a précédé l'arrêt des règles. La jeune fille s'était éprise d'un jeune homme qui partageait son sentiment, mais, pour des raisons de convenance sociale, sa famille s'opposait au mariage.

Nous décidons d'essayer l'effet de la suggestion. Nous affirmons catégoriquement que l'aménorrhée doit céder rapidement au traitement que nous indiquons. Celui-ci consiste uniquement en l'ingestion quotidienne de faibles doses d'ergostérol irradié, médicament que nous avions choisi parce que la malade présentait un signe de Chvostek discret. Trois semaines après notre consultation les règles reparaissaient, les troubles nerveux disparurent. Pendant sept mois, les menstruations se renouvelèrent normalement et le poids diminua de 6 kg. avec une restriction modérée des hydrates de carbone et des graisses. Puis, brusquement encore, apparut une nouvelle phase d'aménorrhée qui dura quatre mois, accompagnée d'un nouvel engraissement. La malade, habitant la province, consulta son médecin de famille, lui demandant si elle devait reprendre l'ergostérol irradié. Notre confrère répondit qu'il ne voyait pas l'utilité de cette médication et prescrivit à nouveau des injections combinées de prolan et de folliculine. N'obtenant aucune amélioration, la malade revint nous consulter. Avec beaucoup d'énergie nous lui affirmons à nouveau que seule la reprise de l'ergostérol irradié pourra faire reparaître les règles. Quinze jours plus tard la malade nous écrivait qu'une menstruation était en effet apparue. Nous n'avons malheureusement pas eu de ses nouvelles ultérieurement.

Il nous paraît peu admissible que le retour des règles ait été réellement dû à l'ergostérol irradié. Il semble beaucoup plus probable qu'il a été l'effet de la persuasion.

Avec une autre médication, plus anodine encore, un résultat semblable a été obtenu dans le cas suivant :

Mlle A..., 19 ans, entre à notre service comme bonne d'enfants. Vigoureuse et parfaitement constituée, elle est normalement réglée depuis l'âge de 13 ans. Originaire de Saône-et-Loire, elle vient pour la première fois à Paris. Nous sommes frappé de la voir engraisser avec rapidité. Son caractère est un peu difficile. Elle s'irrite facilement contre l'enfant dont elle a la charge, bien que lui témoignant beaucoup d'affection. Nous croyons remarquer que la jeune fille éprouve une sorte de jalousie à l'égard de la mère, à propos des relations affectives qui les unissent toutes deux à l'enfant. Six mois après son entrée à notre service, Mlle A... nous consulte pour sa santé. Elle est sujette à des crises de migraine ophtalmique, précédées d'un scotome hémianopsique. Les migraines sont anciennes, datant de la puberté, mais leur fréquence et leur intensité se sont accrues : en outre, les phénomènes hémianopsiques prodromiques sont d'apparition récente. La malade confirme qu'elle a engraissé très notablement : l'augmentation de poids serait de 8 kg., alors que l'alimentation n'aurait pas sensiblement varié. Nous apprenons en outre que les règles ont complètement disparu depuis l'arrivée à Paris, c'est-à-dire depuis six mois. Nous rassurons la malade et profitons de l'occasion pour éclaicir certains points de son comportement. Nous lui prescrivons une cure d'agocholine (sulfate de magnésie et peptone), lui annonçant que ses règles reparaîtraient sans doute prochainement en même temps que les migraines s'amélioreraient. Un mois plus tard, en effet, les menstruations se rétablissaient. Elles se sont renouvelées normalement pendant les deux années que Mlle A... resta à notre service. L'embonpoint s'atténua notablement. Les migraines s'espacèrent et s'atténuèrent. Les troubles du caractère eux-mêmes s'amendèrent notablement.

Là encore il ne paraît pas possible d'admettre qu'une simple médication à base de sulfate de magnésie et de peptone ait pu rétablir les menstruations par une action purement physique. Il est probable que l'effet moral produit par notre consultation a été le facteur principal de la guérison.

Il nous semble inutile de commenter longuement ces observations, notamment sous l'angle psychologique. L'exposé, même très sommaire, des faits suffit à en éclairer la genèse. Sans entrer dans une interprétation psychanalytique, on peut remarquer que l'aménorrhée a suivi des troubles affectifs intimes qui ne sont pas sans rapports avec la sexualité. Dans un cas il s'agissait d'un projet de mariage contrarié. Dans l'autre un transfert de l'instinct maternel non satisfait sur un enfant étranger, et une certaine jalousie éprouvée à l'égard de la mère, semblent avoir servi de base aux troubles nerveux exprimés par l'aménorrhée. Dans les deux cas le retour des règles semble avoir été dû, avant tout, à la persuasion. A ce titre il paraît légitime de prononcer le mot d'*aménorrhée pithiatique,* au sens étymologique du terme.

Il resterait à préciser le mécanisme de l'aménorrhée et de sa guérison. Est-il purement nerveux, faisant intervenir exclusivement un dérèglement sympathique ? Comporte-t-il au contraire de véritables troubles hormonaux ? Nous manquons d'éléments pour trancher ce problème, au moins dans les cas que nous avons retenus dans ce travail en raison du résultat thérapeutique fourni par la méthode persuasive, résultat qui demeure, il faut bien le dire, assez rarement obtenu dans les aménorrhées de ce type. Il est intéressant de remarquer que, dans 3 de nos observations, l'aménorrhée s'est accompagnée d'une augmentation importante du poids, montrant que le dérèglement neuro-végétatif ou neuro-endocrinien n'affectait pas seulement la fonction menstruelle, mais aussi les conditions générales de la nutrition. Une analyse plus approfondie des cas de ce genre, qu'il nous est impossible d'aborder ici, tend à nous faire admettre qu'il s'agit d'un trouble hyperhormonal, plutôt qu'hypohormonal.

Dans des cas inverses, où l'on voit l'aménorrhée suivie d'un amaigrissement progressif conduisant au tableau de l'anorexie mentale ou de la cachexie dite hypophysaire, l'étude biologique amène à conclure, au contraire, qu'il existe une insuffisance hormonale [2]. Pourtant, là encore, les facteurs psychologiques initiaux sont à peu près les mêmes, qu'il s'agisse d'une émotion violente et banale, comme la peur, ou de dérèglements affectifs d'un ordre plus intime. Si l'on tient compte par ailleurs de la constitution physique des malades, de leur morphologie, de leurs antécédents, on peut penser que le terrain antérieur sur lequel s'exercent les facteurs psychiques commande pour une grande part la forme même des accidents, comme si le trouble nerveux déclenchant ne venait qu'exagérer une anomalie latente de l'équilibre neuro-endocrinien [3].

De toute façon, le mécanisme de ces aménorrhées d'origine psychique semble assez clair dans sa ligne générale. Né d'un choc émotif brutal, tel que la peur, ou plus lentement, plus silencieusement élaboré au sein même de la vie psychique à l'occasion d'un problème affectif, le dérèglement semble atteindre primitivement les centres nerveux du diencéphale : mais il est capable de retentir secondairement sur les sécrétions hormonales elles-mêmes, que ces centres tiennent sous leur dépendance.

Nous voudrions, en terminant, faire encore une remarque. Les faits de ce genre nous paraissent éclairer d'un jour nouveau le problème de la genèse des accidents pithiatiques classiques, tels qu'ils s'expriment dans le domaine de la vie de relation. Les contractures, les phénomènes convulsifs, les inhibitions motrices, les anesthésies, qui constituent les accidents les plus communs de l'hystérie ne peuvent pas être considérés purement et simplement comme des manifestations de l'activité volontaire. Bien des faits laissent penser qu'ils comportent un dérèglement réel des fonctions des formations grises de la base du cerveau : thalamus et noyaux moteurs extrapyramidaux, par un mécanisme sans doute comparable à celui qui vient troubler les centres nerveux voisins de la vie végétative. Certaines des observations rapportées plus haut montrent que les deux ordres de troubles peuvent s'associer chez de mêmes malades, et régresser simultanément sous l'influence de la thérapeutique persuasive. Il reste pourtant cette différence que la cure des accidents pithiatiques classiques est facile et d'efficacité constante, tandis que celle des aménorrhées que nous qualifions de pithiatiques ne paraît pouvoir être escomptée que dans des cas particulièrement favorables, et, à tout prendre, exceptionnels.

2. J. Decourt, Ch.-O. Guillaumin, A. Brault et F. Verliac : *Loc. cit.*

3. Une opinion semblable vient d'être émise par MM. Claude Béclère et H. Simonnet dans un travail récemment consacré aux aménorrhées de guerre. *Paris-Médical,* 30 Octobre 1943, 33, n° 43, 280.

LE DÉCLENCHEMENT DE L'OVULATION PAR L'INFILTRATION NOVOCAÏNIQUE DU GANGLION SYMPATHIQUE CERVICAL SUPÉRIEUR

Par **Albert NETTER**
(Paris)

Il n'y a guère d'observations probantes d'ovulation artificielle provoquée, dans la littérature médicale. Celles de Davis et Koff sont critiquables, celle de Siegler et Férin a plus de valeur, et nous ne connaissons que l'observation de Laroche et Bompard [1] qui emporte réellement la conviction : il s'agit d'une femme hypophysectomisée avec atrophie génitale consécutive, chez laquelle l'hormone gonadotrope a provoqué une fois une menstruation ovulatoire.

Nous avons tenté de provoquer l'ovulation, non par des injections substitutives d'une hormone dont les préparations actuelles paraissent encore peu actives, mais par stimulation directe de l'hypophyse.

Songeant que cette glande tire son innervation sympathique d'un ganglion aisément accessible, nous avons pensé pouvoir agir sur son trophisme par l'intermédiaire de ce ganglion. L'inhibition hypophysaire qui préside sans doute à maintes aménorrhées est bien souvent d'origine nerveuse, ce qui constituait pour nous un argument de plus, nous engageant à attaquer l'hypophyse par ses filets neuro-végétatifs.

L'expérience n'a pas déçu notre attente : dans un premier stade nous nous sommes assuré que bien des aménorrhées — parmi celles que nous supposions d'origine hypophysaire (voir notre travail sur la classification des aménorrhées [2]) — guérissent par cette infiltration du sympathique : sur 20 cas d'aménorrhées traités, 14 ont été traités avec succès par cette technique.

Nous nous sommes demandé si notre hypothèse était juste et si nous avions provoqué une ovulation : sur les 20 observations il n'y en a que 3 qui comportent à la fois plusieurs examens biopsiques pendant l'aménorrhée et des biopsies après traitement. Ces 3 observations nous permettent de conclure que l'infiltration du ganglion cervical supérieur a été suivie d'ovulation.

Observation I. — Mlle D..., 19 ans, est aménorrhéique depuis deux ans. Elle n'a pas subi de privations notables, mais a travaillé l'hiver dans des locaux insuffisamment chauffés.

Elle était régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans. Il y a trois ans, les irrégularités menstruelles ont commencé d'apparaître sous forme de retards et de durée variant entre huit jours, un mois. Les règles ont cessé depuis Juin 1941.

Lorsque nous l'examinons, en Juin 1943, nous trouvons un utérus petit, mesurant 6 *cm.* à l'hystéromètre. Les petites lèvres sont également atrophiées. La sonde de Novak ne ramène que difficilement un fragment histologiquement lisible d'un endomètre atrophique, témoin d'une faible action folliculinique ; quinze jours et un mois plus tard, on ne peut même pas ramener de fragment de muqueuse.

L'examen général ne révèle rien d'autre qu'une acrocyanose

1. *Soc. Endocrinologie,* 26 Novembre 1942.
2. *Soc. Endocrinologie,* 26 Juin 1941.

des mains et une érythrocyanose sus-malléolaire. Il n'y a pas eu de changement de poids.

Traitement. — Une injection hebdomadaire de 10 cm^3 de chlorhydrate de novocaïne à 1 pour 100 dans les ganglions cervicaux supérieurs droit et gauche. Apparition des règles cinq jours après la 3e injection.

Le mois suivant, injection le septième, le quatorzième et le vingt et unième jour du cycle. Biopsie le vingt-troisième jour : endomètre progestatif. Règles le vingt-sixième jour.

Nous avons poursuivi le traitement encore un autre mois. Les règles sont survenues le vingt-septième jour : endomètre progestatif le vingt-quatrième.

Observation II. — Mme L..., femme de prisonnier, âgée de 25 ans, a eu trois fois ses règles en 1940, 2 fois en 1941, pas du tout en 1942, lorsque nous l'examinons en Octobre. Elle était bien réglée jusque-là depuis l'âge de 15 ans. Elle n'a pas d'enfants, mais ne s'est mariée que peu de temps avant la guerre.

Outre de l'acrocyanose, nous lui trouvons un certain degré d'infantilisme : les seins, le système pileux pubien sont peu développés. Elle mesure 1 *m.* 50. La vulve est étroite. L'utérus est pourtant de volume normal et mesure 7 *cm.* Deux biopsies successives, à quinze jours d'intervalle, n'ont pas pu ramener de muqueuse.

Traitement. — Infiltrations bilatérales hebdomadaires du ganglion sympathique cervical supérieur.

Les règles reparaissent au bout de 5 infiltrations.

Les infiltrations sont poursuivies trois fois par mois ; à deux biopsies prémenstruelles : endomètre progestatif. Les injections interrompues, le cycle persiste depuis cette époque.

Observation III. — Mlle P.., 18 ans, est aménorrhéique depuis un an lorsqu'elle vient nous consulter en Juin 1942. Elle a toujours été mal réglée depuis l'âge de 12 ans, époque d'apparition de ses règles.

Pas de cause apparente à l'aménorrhée.

A l'examen, acrocyanose, utérus de 65 *mm.* Rien à signaler par ailleurs. Le minime fragment biopsique est atrophique.

Nous la traitons par infiltration du ganglion cervical supérieur. Apparition des règles cinq jours après la 2e infiltration. Pas de biopsie à ce cycle bien court. On poursuit les injections toutes les semaines. Les règles se rétablissent régulièrement, même après cessation des injections : elles sont à deux reprises progestatives.

En Mars 1943, nouvelles irrégularités. On veut refaire des infiltrations, mais la malade est perdue de vue.

En résumé, chez 3 femmes aménorrhéiques ayant une atrophie de la muqueuse utérine, on a rétabli une ponte ovulaire cyclique et des règles. A noter qu'en aucun cas l'acrocyanose n'a été modifiée.

Il n'était pas sans intérêt de rechercher si l'on ne peut pas déclencher l'ovulation chez des femmes normalement réglées ou métrorragiques mais dont les cycles sont anovulaires : voici 2 cas (sur 3) où la ponte ovulaire a succédé aux infiltrations du G. C. S.

Observation I. — Mme P..., 27 ans, vient nous consulter en Avril, pour stérilité. Elle est mariée depuis cinq ans et n'a jamais été enceinte. Il n'existe pas d'infection génitale, pas de leucorrhée. La salpingographie montre des trompes perméables.

Elle est bien réglée, mais la biopsie montre à trois reprises successives que l'endomètre reste du type folliculinique. Pas de prégnandiol urinaire.

Nous faisons une infiltration bilatérale du sympathique cervical supérieur le huitième, le quinzième et le vingtième jour du cycle. Biopsie le vingt-sixième jour : endomètre progestatif. Le mois suivant, même traitement et même résultat.

Observation II. — Mme M..., 31 ans, vient nous consulter pour ménorragies et polyménorrhée.

Elle n'a pas d'enfants et n'en désire pas.

Pas d'antécédents ni de signes d'infection génitale.

Les biopsies montrent un état folliculinique persistant pendant deux cycles.

Infiltrations du G. C. S. le septième, le quatorzième, le dix-septième jour du cycle. Biopsie le dix-neuvième jour : état progestatif au début. Règles survenues le vingt-quatrième jour. Le traitement est poursuivi trois mois avec succès, puis interrompu : 2 biopsies faites en cours de traitement ont montré un endomètre progestatif.

Bref, chez des femmes dont la muqueuse utérine paraît témoigner de l'absence de ponte ovulaire, nous sommes parvenu, à la suite d'infiltration novocaïnique du ganglion cervical supérieur, à obtenir un endomètre progestatif. Nous pouvons évidemment avoir été le jouet d'une série de hasards heureux. Mais si l'on exclut cette éventualité, selon nous improbable, on est en droit de conclure que l'on a provoqué la ponte ovulaire par cette thérapeutique. Il est vraisemblable que ce résultat est dû à la stimulation des fonctions gonadotropes de l'hypophyse. Cette méthode mérite d'être essayée, non seulement dans les troubles qu'entraîne la diminution de l'activité gonadotrope pituitaire, aménorrhée, ménorragies, stérilités endocrines, mais aussi dans d'autres déficiences hypophysaires.

QUELQUES PRINCIPES D'ACTION SUR LE SYMPATHIQUE

Par **G. LAZORTHES**
(Toulouse)

« Je suis persuadé que, dans cette chirurgie, bien des échecs n'ont d'autres causes que l'incomplète réalisation de l'opération projetée. » (Leriche : *La chirurgie de la douleur.*)

Les opérations sympathiques connaissent, dans l'esprit des médecins, des hauts et des bas. Pour avoir trop exigé d'elles, on tombe souvent dans un scepticisme stérile. Nous voudrions nous demander, à la lueur de travaux anatomiques personnels et de la pratique de la chirurgie du sympathique, si certains insuccès ne doivent pas être attribués à la méconnaissance de principes directeurs.

Il y a deux causes d'échecs, ce sont : l'emploi abusif, sans discernement, et l'opération incomplète. C'est ce dernier point qui nous préoccupe. La question essentielle que nous nous posons est de déterminer si l'avenir est à l'opération restreinte et dirigée ou à l'intervention la plus large possible.

Que valent, pour résoudre ces problèmes, les données morphologiques ?

1° Il existe une topographie fonctionnelle des ganglions. — Les centres ganglionnaires sont étagés et correspondent à des territoires superposés à ceux des nerfs cérébro-spinaux.

Suivant les cas, le chirurgien dirige de préférence son action vers tel ou tel ganglion. Par l'intermédiaire du ganglion cervical supérieur il cherche à agir sur les circulations cérébrale et rétinienne, sur le diencéphale; par le ganglion cervical moyen sur le larynx et le corps thyroïde; par le ganglion cervical inférieur sur le membre supérieur et les organes thoraciques. Les ganglions thoraciques supérieurs sont les centres des fibres destinées aux organes thoraciques, les inférieurs, de celles qui vont aux viscères abdominaux. Les ganglions lombaires constituent les relais de fibres se rendant à la partie proximale du membre inférieur et aux organes abdominaux et pelviens, tandis que les ganglions sacrés sont ceux des fibres innervant le bassin et la partie distale du membre inférieur.

L'étude histo-physiologique des rameaux communicants tend, de plus, à démontrer que certains de ces ganglions sont les points de passage obligés de fibres destinées aux ganglions voisins. Deux paraissent jouer un rôle important. C'est d'abord le ganglion cervical inférieur, que traverserait la quasi totalité des fibres sympathiques du thorax, du membre supérieur et de l'extrémité céphalique; c'est ensuite le 2e ganglion lombaire où passerait la plupart des fibres de l'abdomen, du bassin, du membre inférieur.

Ces données autorisent-elles à réaliser des interventions limitées, guidées par la systématisation du sympathique ganglionnaire ? Faut-il faire l'ablation d'un ganglion ou d'une fraction de la chaîne à un niveau variable ? Faut-il au contraire préférer l'extirpation large d'une grande étendue de la chaîne ?

A notre avis, *la meilleure opération en manière de sympathique ganglionnaire est la plus large* : seule, elle permet d'obtenir des résultats étendus et durables. C'est ainsi qu'il paraît recommandable d'enlever, avec le ganglion cervical inférieur, le ganglion intermédiaire et les deux premiers thoraciques. C'est ainsi qu'une intervention sur la chaîne sympathique lombaire doit porter sur deux ou trois ganglions au moins.

2° La distribution des nerfs vasculaires est segmentaire. — L'étude du sympathique vasculaire, que nous avons maintenant faite dans presque tous les territoires de l'organisme [1, 2, 3, 4], nous a permis de toujours vérifier la distribution segmentaire et irrégulière des nerfs vasculaires.

Les vaisseaux sont innervés par apports successifs de filets constamment renouvelés se détachant soit directement du système sympathique, soit des nerfs cérébro-spinaux; ils vont former les plexus adventitiels péri-vasculaires.

C'est la raison pour laquelle la résection de la gaine d'une artère importante n'interrompt que partiellement les influx afférents et efférents, et n'a souvent que des résultats partiels et transitoires. Toute *sympathectomie péri-artérielle doit être étendue, faite sur toutes les faces de l'artère et réalisée aussi près que possible de la lésion ou de l'organe atteint.*

Partant de cette idée, nous nous sommes déjà demandé s'il n'y avait pas intérêt, pour les sympathectomies faites au niveau des membres, à agir non plus sur les artères humérales ou fémorales, mais plutôt sur les tibiales, radiales ou cubitales. Le même principe doit diriger l'énervation du pédicule rénal qu'il faut faire très près du rein et sur toutes les faces de l'artère.

Pour la même raison, l'énervation sinu-carotidienne, réalisée quand on veut agir sur le système dépresseur ou réactiver les circulations cérébrale et rétinienne, est sujette à critique pour ce qui est de cette dernière indication : le sang arrive au cerveau et à l'œil par les artères carotide interne et vertébrale ; or ces artères possèdent à leur entrée dans le crâne une riche innervation faite de nerfs issus essentiellement du ganglion cervical supérieur (nerf carotidien pour la carotide interne, nerf de l'anse de l'atlas pour l'artère vertébrale [4]). L'énervation sinu-carotidienne laisse persister en aval ces filets capables de rétablir l'innervation. L'opération la plus logique pour agir sur la vasomotricité cérébrale et rétinienne est donc l'extirpation du ganglion cervical supérieur.

3° La distribution des nerfs vasculaires est irrégulière. — La distance qui sépare deux nerfs vasculaires est très variable, leur distribution est irrégulière et sujette à de soudaines augmentations.

Nous avons retenu quelques principes généraux, découlant de notre étude anatomique [5], voici ceux susceptibles d'avoir une application pratique :

Plus un segment d'artère donne de collatérales, plus il reçoit des nerfs vasculaires. Cela ne veut pas dire que le nombre de nerfs vasculaires que reçoit l'artère soit égal à celui de ses collatérales, il lui est simplement proportionnel.

Les nerfs vasculaires sont plus nombreux dans les régions où le tronc artériel côtoie une articulation. A ce niveau ils s'anastomosent en plexus et leurs collatérales suivent les artères articulaires.

Au niveau des grandes divisions artérielles, il y a toujours un ou plusieurs nerfs vasculaires, qui poursuivent leur trajet sur l'origine des deux branches de la division.

Ces principes nous incitent à penser qu'il n'y a aucune raison de faire systématiquement les sympathectomies péri-artérielles sur les fémorales, humérales ou carotides primitives, et, qu'au contraire, il est *plus justifié de les réaliser sur les segments vasculaires richement innervés.*

C'est ainsi, par exemple, que la sympathectomie péri-poplitée, bien que plus difficile à pratiquer que la péri-fémorale, nous a paru dans certains cas préférable. C'est ainsi encore que nous nous sommes attaché à faire la sympathectomie péri-humérale sur la division de l'artère dans la région du coude.

4° Certaines artères de l'extrémité céphalique sont très richement innervées. — L'abondance des nerfs des artères qui irriguent les plans superficiels de la face et du crâne (faciale, temporale superficielle, occipitale) est remarquable. Nous les avons étudiés dans le détail [4].

On trouve sans doute là l'explication des phénomènes vasomoteurs importants, qu'il est possible d'observer dans le domaine de ces artères et de la vitalité des tissus qu'elles irriguent ? Ce sont aussi ces nerfs qui sont la source des douleurs provoquées au cours d'opérations à l'anesthésie locale par la ligature de ces artères (la faciale en particulier) et qui nécessitent l'infiltration novocaïnique isolée de ces pédicules avant leur section.

Cette riche innervation est encore à l'origine des violentes douleurs propagées le long des artères occipitale, temporale superficielle, faciale, et, qu'avec raison, après Sicard et Tinel, on appelle sympathal-

1. G. Lazorthes : *Le sympathique du membre inférieur. Les nerfs vasculaires. L'innervation des vaisseaux du bassin et du membre inférieur* (*Maloine*), Paris, 1938.
2. G. Lazorthes et L. Cassan : Essai de schématisation des ganglions étoilé et intermédiaire (ganglion cervico-thoracique), d'après 80 dissections. *C. R. Ass. des Anatom.*, Avril 1939, Budapest.
3. G. Lazorthes : Schémas anatomo-cliniques sur le sympathique des membres (application aux plaies des nerfs). *Toulouse-Médical*, Juillet 1941.
4. G. Lazorthes et R. Reis : Innervation des artères du cou et de la partie exocraoienne de la tête. *Toulouse-Médical*, Février 1943.
5. G. Lazorthes : Les caractères généraux des nerfs vasculaires et les lois d'innervation des vaisseaux. Académie de Médecine, séance du 3 Décembre 1942.

gies. Parmi leurs caractères bien classiques, retenons l'association à des phénomènes vasomoteurs et sécrétoires et la diffusion de la face, au cou, à l'épaule et au membre supérieur, traçant ainsi, semble-t-il, le cheminement des filets sympathiques vers le relais stellaire. Remarquons de plus que, pour ces algies, les neurotonies périphériques et rétrogassériennes sont inopérantes, et que seule l'infiltration novocaïnique des artères amène quelque répit.

Nous écrivions il y a quelque temps que peut-être ces douleurs étaient secondaires à des atteintes artérielles et qu'il y aurait intérêt à faire soit des énervations des artères douloureuses, soit des artériectomies comme pour les artérites du membre [4]. Or, récemment, dans un article sur l'artériotomie temporale, R. Massart [6], après avoir rappelé que cette intervention déjà ancienne a été réalisée par Galien, Paul d'Egine et Ambroise Paré, rapporte que lui-même l'a faite avec des résultats. Essayant ensuite d'expliquer le mécanisme de son action, il écrit : « La section de l'artère, en entraînant celle des filets sympathiques qui l'accompagnent, interrompt le circuit qui permettait à la crise de migraine de se déclencher avec ses multiples retentissements. » Leriche [7] traite les migraines fronto-sus-orbitaires par l'injection de novocaïne autour de l'artère temporale superficielle ; il la déclare suffisante.

L'artériotomie temporale agit par la section des nombreux filets sympathiques qui entourent l'artère. Nous nous demandons si cette opération n'est pas surtout indiquée dans les sympathalgies temporales (de même que les artériotomies occipitale et faciale dans les sympathalgies occipitale et faciale), tandis que la section de l'artère méningée moyenne serait plus logique dans le traitement de la migraine.

L'artère maxillaire interne possède en effet aussi un plexus très dense et toutes ses collatérales en profitent. L'artère méningée moyenne est des mieux pourvue et pénètre dans le trou petit rond entourée par de nombreux filets.

Il n'y a là rien qui nous surprenne. Les neurochirurgiens connaissent l'extrême sensibilité de l'artère méningée. La coagulation ou la pose d'un clip hémostatique provoque souvent une plainte d'opérés, que les autres temps opératoires n'ont pas sortis de la torpeur créée par l'anesthésie de base. Il en est de même de l'obturation du trou petit rond pratiqué au cours de la neurotomie rétrogassérienne faite à l'anesthésie locale ; elle est douloureuse et peut déclencher un réflexe syncopal.

6. R. Massart : L'artériotomie temporale, comme traitement de la migraine. *La Presse Médicale*, 1er Mai 1943, n° 17, 228.
7. R. Leriche : Des migraines fronto-sus-orbitaires. Leur traitement par l'injection de novocaïne autour de l'artère temporale superficielle. *Progrès Médical*, 10 Juin 1943, n° 11.

De plus, les nerfs qui accompagnent l'artère méningée moyenne innervent la dure-mère de la région temporo-pariétale. L'intérêt de ce point d'anatomie réside dans les essais faits pour traiter la migraine et les céphalées graves. Jonnesco, Dandy, Adson firent des interventions sur la chaîne sympathique cervicale. Craig, Dikerson et, ensuite, W. Penfield ont signalé des cas de guérison par la simple ligature de l'artère méningée moyenne, opération agissant sans doute par l'interruption des filets sympathiques qui entourent l'artère.

5° Mais le sympathique est un système diffus. — Le chirurgien doit-il être l'esclave des données anatomiques et borner son action à une intervention minime sur quelques filets nerveux ou sur un ganglion, en se basant sur la connaissance de plus en plus précise de l'anatomie du sympathique ?

Nous ne le croyons pas, car le système sympatique reste essentiellement un système diffus où les suppléances sont toujours possibles par les voies les plus ténues et les plus détournées. En chirurgie du sympathique peut-être pourrait-on ériger en principe la loi du tout ou du rien ? Voici quelques exemples, qui vont préciser notre pensée :

La section des splanchniques donnent des résultats inconstants, en particulier dans le traitement de l'hypertension artérielle. Nous nous demandons si une des raisons n'en est pas dans l'extrême variabilité de ces nerfs et de leurs terminales. Le chirurgien ne sectionne souvent qu'une ou plusieurs des branches terminales du nerf. Pour avoir un effet durable, n'est-il pas indispensable de faire la section bilatérale de tous les splanchniques et de toutes leurs terminales ? Le moindre filet du nerf qui subsiste n'est-il pas capable de rétablir tôt ou tard les connexions de la moelle au plexus solaire ? C'est sans doute dans le même but de réaliser une énervation complète que Leriche a conseillé récemment dans le traitement de l'hypertension artérielle de compléter la splanchnicectomie par l'ablation bilatérale des deux derniers dorsaux et des deux premiers ganglions lombaires, à laquelle il ajoute l'extirpation d'une surrénale. [8]

De même on est étonné de voir le peu d'action des différents types de sympathectomies cervicales sur la circulation cérébrale ou rétinienne ; la raison n'en est-elle pas dans le fait que les nerfs vaso-moteurs arrivent au cerveau, comme le sang, par quatre voies (les deux carotides internes et les deux vertébrales) ? Pour avoir un effet sensible, et qui dure, ne faut-il pas agir non seulement au plus près, comme nous l'avons dit plus haut, mais encore sectionner des deux côtés tous les filets de la vasomotricité ? N'est-ce pas pour cela qu'une action unilatérale (énervation sinu-carotidienne ou même extirpation du ganglion cervical supérieur) n'a qu'un effet souvent insensible et passager ? Les deux systèmes droits et gauches s'anastomosent comme les artères au niveau du polygone de Willis et l'un compense vite l'autre.

8. Leriche : De la gangliectomie dorso-lombaire associée à la section des splanchniques dans le traitement de l'hypertension. *La Presse Médicale*, 28 Août, n° 32, 478.

Le même principe doit diriger toute intervention destinée à supprimer les douleurs secondaires aux cancers abdomino-pelviens. Seules les opérations sympathiques étendues et bilatérales sont capables d'éviter le rétablissement des voies de la sensibilité douloureuse. Leriche, dans les douleurs liées à l'évolution des cancers pelviens, préconise d'associer « aux sympathectomies périartérielles iliaque et aortique la résection du présacré, parfois l'ablation du mésentérique inférieur, et souvent celle d'un fragment des deux chaînes lombaires. Il faudrait peut-être essayer la section du splanchnique. (*Chirurgie de la douleur*, p. 472.)

L'avenir de la chirurgie sympathique paraît être aux interventions larges. En effet, l'influx nerveux sympathique se propage dans un système diffus, et peut se rétablir par les voies les plus détournées et par les filets les plus fins. Ce fait conduit à supposer qu'il peut être grossièrement comparé à un fluide de nature électrique se transmettant toujours d'un point à un autre, pourvu que la continuité des fibres persiste, et cela quelle que soit leur importance. Poussant plus loin cette comparaison, il est séduisant, du moins au point de vue pratique, de faire des ganglions sympathiques l'analogue de piles électriques qui recevraient leur charge des centres médullaires.

Il découle de cette hypothèse que pour supprimer toute possibilité de retour du courant sympathique vers telle région ou tel organe qu'on désire énerver, il faut détruire non seulement sur le territoire correspondant, mais encore sur les voisins, soit toutes les connexions avec la moelle, c'est-à-dire tous les rameaux communicants, soit de nombreux ganglions, soit toutes les voies d'accès du ganglion au viscère.

Une énervation incomplète est, ou peut devenir une énervation nulle. Ce principe est en rapport avec le caractère diffus du sympathique, il diminue l'importance des précisions anatomiques et explique de nombreux échecs de la chirurgie du sympathique ; seules les interventions larges obtiennent un résultat étendu et durable. Il reste à se demander si les mutilations étendues du sympathique ne peuvent pas entraîner quelquefois des désordres graves, contre lesquels on a ensuite peu de ressource ?

Notre conclusion sera qu'il y a de multiples façons de faire une gangliectomie, une splanchnicectomie ou une sympathectomie péri-artérielle. Il est regrettable que dans les statistiques les mauvaises opérations aient autant de poids que les bonnes. Tant qu'on n'aura pas à sa disposition pour apprécier les résultats non seulement des observations cliniques complètes, mais encore des comptes rendus opératoires détaillés et exacts, on continuera à errer vers l'inconnu. Les indications et les types d'opérations se multipliant, les idées au lieu de se clarifier s'obscurciront chaque jour davantage.

MÉCANISME DE LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE

Par **M. GAUTRELET**

Un certain nombre d'études ont paru récemment concernant le virage de la cuti-réaction à la tuberculine chez les tuberculeux avérés.

Ces travaux ont essentiellement porté sur une modification cutanée plus ou moins retardée dans des conditions mal connues et ne s'expliquant par aucun phénomène apparent.

Dans un fort intéressant article publié dans *La Presse Médicale*, MM. Bezançon, Genevrier et Maclouf rapportent un certain nombre d'observations personnelles où la réaction tuberculinique se révèle positive alors que la cuti était paradoxalement négative chez des sujets en état clinique d'allergie indiscuté.

M. Fourestier, dans *La Presse Médicale* du 9 Octobre 1943, commente l'interprétation des constatations du Prof. Bezançon.

Nous avons cherché à exposer le mécanisme expliquant, à notre idée, la réaction de ces variations.

Nous voulons remarquer que ces tuberculino-réactions cutanées paradoxalement négatives ne sont pas très rares.

Il faut distinguer :

a) Les erreurs d'interprétation ou fausses cuti-réactions dues à une sensibilité faible à la toxine élevant le taux de sommation pour atteindre le seuil réactionnel allergique ;

b) Les réactions positives tardives ou retardées, assez fréquentes chez le vieillard, rares chez l'adulte ;

c) Les réactions définitivement et paradoxalement négatives fréquentes chez les vieillards et dans les tuberculoses pulmonaires avancées.

Nous n'envisageons que les deux derniers cas qui ont fait l'objet d'un grand nombre d'examens tant sur l'animal que chez l'homme.

Persuadés que l'explication des phénomènes observés en clinique réside en dernier lieu dans des modifications physiologiques profondes, nous avons recherché sur le cobaye le processus du virage de cette réaction. Des travaux antérieurs nous ont permis de constater que la réaction de Schick peut être modifiée, intensifiée ou supprimée tant chez l'animal que chez l'homme, par l'adjonction de produits (Ca Cl^2, KCl, pituitrine, spartéine, adrénaline, histamine...).

Nous nous sommes attachés à connaître :

1° S'il est possible de modifier la réaction à la tuberculine ;

2° Quel est le mécanisme qui permet cette modification ;

3° Si ces modifications sont liées à d'autres phénomènes cliniques.

L'expérimentation de produits vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs nous ont permis d'observer chez un certain nombre de sujets préalablement choisis des virages intéressants. C'est ainsi que nous avons effectué une cuti à la tuberculine, une cuti-témoin à l'eau distillée, une cuti à la tuberculine + histamine et enfin à l'eau distillée + histamine sur des sujets porteurs, soit de bacillose pulmonaire, soit de bacillose non pulmonaire, tantôt réagissant, tantôt ne réagissant pas à la cuti-réaction.

Nous avons constaté que chez certains sujets atteints de tuberculose pulmonaire présentant une réaction négative, celle-ci est rendue positive par l'adjonction d'une solution très étendue d'histamine, alors que la cuti-réaction témoin pratiquée sur l'autre bras soit à l'eau histaminée, soit à la tuberculine seule demeure négative.

A la vérité, tous les sujets n'ont pas présenté cette variation mais seulement 70 sur 100. Par ailleurs, dans tous les cas où la cuti-réaction tuberculinique est positive, la rougeur s'est révélée plus intense.

Poursuivant nos recherches en vue de connaître le mécanisme de cette variation, nous avons repris

la réaction de Schick, beaucoup plus constante et plus facile à expérimenter chez le cobaye.

Il est intéressant, en effet, de rapprocher ces faits de phénomènes analogues : il s'agit, sans doute, comme dans la réaction de Schick, d'une modification du système réticulo-endothélial ; on sait que le S. R.E. est considéré par la plupart des auteurs (Borrel et Masson, Jungeblut et Berlot, Klinge), comme étant à la base de l'immunité, à l'origine des anticorps.

Freund a observé que le blocage du système réticulo-endothélial combiné avec la splénectomie empêche l'apparition de l'hypersensibilité à la tuberculine des cobayes tuberculeux. Il estime que le système réticulo-endothélial est lié à l'apparition de l'hypersensibilité à la tuberculine, analogue à la formation d'anticorps.

D'après Jungeblut, l'encre de Chine empêche le shock fatal à la tuberculine. Ainsi que l'ont signalé Paraf, Seiffert, Pagel et Frias, etc., le blocage du système rétieulo-endothélial rend l'animal plus sensible à la réinjection du bacille tuberculeux.

Mais nous ne saurions insister sur de tels faits immunologiques ni discuter les rapports entre l'anaphylaxie et l'immunité. On sait que Bordet, Pasteur Vallery-Radot notamment, considèrent l'anaphylaxie — au même titre que l'immunité — comme un phénomène de défense dépassant son but. Arthus les a opposés et c'est à von Pirquet que l'on doit d'en avoir montré la coexistence dans les réactions cutanées dont la tubereulino-réaction n'est que l'une des formes.

Par ailleurs, la sensibilisation au bacille de Koch ou au contraire l'immunité inexplicable ne sont-elles pas dues à des phénomènes anaphylactiques attribuables à la toxine du bacille de Koch ? Il est donc probable qu'il se trouve un lien entre les phénomènes allergiques avec l'état tuberculinique et la cuti-réaetion ; en effet, il a été constaté que la teneur du sang en histamine et en produits vaso-dilatateurs était modifiée au cours de la tuberculose.

En conclusion, nos recherches semblent donner une explication aux interrogations de MM. Bezançon, Genevrier et Maclouf.

Tout se passe comme si le bacille de Koch sécrétait une toxine qui réagirait plus ou moins sur la circulation périphérique, déterminant ou non une réaction eutanée par l'intermédiaire du système réticulo-endothélial.

Il reste à vérifier ces faits, connaître les relations entre la teneur histaminique du sang et l'état allergique des sujets bacillaires ; il reste enfin à tirer les enseignements qui découlent de nos observations.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

L'ÉVOLUTION DU DIABÈTE

CHEZ LE VIEILLARD

Le diabète est dans la règle une maladie essentiellement chronique qui peut bien s'atténuer mais ne guérit pas, et Joslin a résumé cette opinion en une brève formule : « Une fois diabétique, toujours diabétique. » Mauriac, de son côté, il y a quelques années, pouvait écrire que le trouble glycorégulateur se maintient en général stationnaire pendant des mois et des années. « Traité ou non traité, il est rare qu'il guérisse. » Sans peut-être guérir complètement il peut, dans certaines conditions, se modifier beaucoup, et déjà Claude Bernard avait fait remarquer qu'il y a des diabètes intermittents et que dans certains cas l'intermittence peut se prolonger longtemps. Et cette question avait été bien étudiée par Rathery. M. Schmidt (de Copenhague) a attiré récemment l'attention sur les particularités spéciales d'évolution qu'il a eu occasion d'observer en surveillant le diabète d'un groupe assez important de malades âgés[1].

Chez 108 diabétiques âgés d'un hôpital de Copenhague, 25 ont vu leur maladie s'atténuer progressivement, de telle sorte que chez 16 d'entre eux tout traitement insulinique a pu être cessé sans qu'on vît reparaître ni hyperglycémie ni glycosurie. Chez les 9 autres la dose d'insuline quotidienne néeessaire pour les maintenir en parfait équilibre glyeémique ne dépassait plus 8 unités. Chez presque tous ces malades le diabète était apparu au delà de la cinquantaine et, pour la grande majorité, entre 60 et 75 ans. Chose curieuse, les 25 malades « guéris », ou très améliorés, comprenaient 22 femmes pour 3 hommes, alors que chez les non-modifiés on comptait 49 femmes pour 34 hommes.

En étudiant le détail de cette statistique on ne constate aucune relation entre le type d'évolution et l'âge d'apparition de la maladie.

Le temps de survie après établissement du diagnostic a été un peu plus élevé (8,4) chez ceux qui ont guéri que chez les autres (6,7).

Chez les 16 malades qui avaient cessé d'être diabétiques le temps de survie après disparition du diabète a été en moyenne d'un an et dix mois (ne pas oublier qu'il s'agissait en majorité de sujets de 60 à 80 ans et plus).

M. Schmidt a cherché à quelle cause on pouvait rattacher cette évolution favorable du diabète chez ces sujets âgés et il a étudié d'une façon très minutieuse quelques-uns de ses malades. Il a pu seulement dans quelques cas envisager certaines causes comme probables et il a rattaché dans 3 cas l'évolution qu'il a observée à l'hypothyroïdisme, dans 3 à une perte de poids et à une réduction des ingesta, dans 2 à l'hypopituitarisme, enfin dans 1 cas et avec doute à une régénération du tissu insulaire. Pour tous les autres cas il a été impossible d'assigner aucune cause à l'amélioration observée.

Quelle que soit l'interprétation de ces faits, dont pour ma part j'ai eu récemment l'occasion d'observer un très bel exemple, il y a là une notion d'ordre pratique à retenir, pour vérification d'abord et si elle se confirme pour en tenir compte dans l'établissement du pronostic d'un diabète.

Ph. Pagniez.

1. V. Schmidt : The course of Diabetes mellitus during old age. *Acta medica Scandinavica*, 17 Février 1944, 340.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

5 Avril 1943 [1].

Sur l'épilepsie expérimentale type Brown-Séquard. — M. **Pierre Tanret** montre qu'au cours des crises convulsives qu'on provoque chez les cobayes porteurs de mallophages, par grattage de la face latérale du cou du côté où le sciatique a été réséqué, il n'existe pas de réactions vaso-motrices spéciales du cortex. D'ailleurs le cortex diencéphale, le mésencéphale, le cervelet et le bulbe semblent étrangers au mécanisme épileptogène, puisque l'aptitude épileptogène persiste après leurs résections. Bien plus, la décérébration transpédonculaire peut faire apparaître cette aptitude épileptogène chez des animaux préparés, mais non encore épileptiques.

Le mécanisme est bien réflexe, puisque la section des branches du plexus cervical superficiel fait disparaître les crises.

Les sections étagées de haut en bas sur l'encéphale, de bas en haut sur la moelle permettent de localiser ce mécanisme dans la moelle cervicale.

L'auteur montre également que chez des animaux non préparés, non porteurs de mallophages, la résection de l'encéphale, bulbe compris, suffit à faire apparaitre l'épilepsie réflexe, l'animal étant entretenu en respiration artificielle.

Tout se passe donc chez les animaux préparés et chez les animaux non préparés comme si un même mécanisme épileptogène se libérait dans la colonne cervicale du névraxe. Ce mécanisme est normalement inhibé par les centres supérieurs et favorisé au contraire par l'inhibition de ces derniers.

7 Juin.

Cause de la résistance au sulfamide de certaines affections. — M. **René Legroux** pense que la cause première des insuccès de la sulfamidothérapie réside dans les caractères particuliers de la lésion engendrée par le microbe.

Cette méthode thérapeutique doit être basée : 1° sur la connaissance de la biologie de chaque bactérie, cause de l'infection, qui commandera les doses journalières et la durée du traitement ; 2° sur la connaissance du processus histologique habituel d'évolution de la lésion infectieuse à traiter ; 3° sur les actions déjà connues, mais insuffisantes jusqu'alors, de certaines médications, chimiques ou biologiques, que l'on doit allier au sulfamide ; 4° sur les actions qui doivent être conjuguées du sulfamide et des moyens de défense normaux de l'organisme, défenses qui le plus souvent auront leur plein effet après l'exérèse chirurgicale du foyer.

1. Le mode de publication tardif au *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

16 Juin.

Etude de l'action de l'adrénaline sur les cellules végétales vivantes. — M. **Philippe Joyet-Lavergne.** L'adrénaline peut agir dans les types cellulaires les plus divers du règne animal et du règne végétal. Sa présence dans la cellule augmente le rythme des oxydations. La généralité de son action montre qu'elle participe à l'un des mécanismes fondamentaux des catalyses d'oxydation intracellulaire.

21 Juin.

Influence de la lumière sur l'activité du benzopyrène en solution lipidique. — MM. **Gustave Roussy, Paul et Maurice Guérin.** Le benzopyrène, en solution huileuse, conservé à la lumière, perd une partie de son activité ; cette diminution peut se traduire par un pourcentage environ 2 fois plus faible de tumeurs au bout d'un an et demi. Mais cette diminution ne se manifeste que pour des doses relativement faibles (1 mg.).

Avec des doses fortes, au contraire, le pouvoir cancérigène peut se maintenir durant des années : c'est ainsi que chez des rats injectés à la dose de 50 mg. de benzopyrène en solution lipidique conservée pendant près de 5 ans, les auteurs ont pruvoqué des tumeurs tuant les animaux dans un délai normal de 5 mois 1/2 à 6 mois. Ainsi, du point de vue pratique, il y a intérêt à conserver à l'obscurité les solutions lipidiques de benzopyrène, surtout quand ce sont des solutions de faible concentration, pour éviter leur diminution d'activité sous l'influence prolongée de la lumière. Toutefois il paraît établi que ces solutions à forte concentration restent encore actives, même après des années de conservation, dans les conditions ordinaires du laburatoire.

28 Juin.

Sur la pathogénie des symptômes et des lésions de la fièvre typhoïde et sur les principes fondamentaux de son traitement spécifique. — M. **H. Vincent.** L'étude expérimentale des toxines sécrétées par le bacille typhique a démontré leur individualité pathogène et distincte : l'une est neurotrope, l'autre entérotrope. Or, il est remarquable que la première phase de l'infection typhoïdique, caractérisée par la présence du bacille dans le sang, soit cependant silencieuse (fin de l'incubation) ou marquée par des symptômes légers ou de moyenne gravité, alors qu'au contraire l'hémoculture est négative le plus souvent pendant le stade qui succède au premier septenaire, et qui est le plus sévère de la maladie. C'est qu'il correspond à la période où le bacille, adapté à l'organisme, sécrète ses toxines dangereuses.

Il s'ensuit que *cette dernière période, caractéristique et critique de la fièvre typhoïde, est essentiellement une phase d'intoxication* par les toxines qui imprègnent, d'une part, l'axe cérébro-spinal (neurotoxine) et, d'autre part, l'intestin, le foie, les capsules surrénales, etc. (entérotoxine). L'hypertrophie de la rate est due surtout à la réaction défensive de cet organe contre les corps microbiens, ainsi que l'expérimentation me l'a montré.

Dès lors, pendant cette deuxième période, la fièvre typhoïde se rapproche, au point de vue pathogénique, de certaines maladies toxi-infectieuses telles que la diphtérie, sans cependant lui être entièrement assimilable, parce que, dans cette dernière, le bacille demeure généralement localisé au foyer initial de l'infection.

Il en résulte cette conclusion que le traitement spécifique de la fièvre typhoïde doit avoir pour base fondamentale et pour objectif, non seulement la neutralisation du bacille, *mais encore et surtout celle des toxines produites par celui-ci*. Les cobayes fortement vaccinés contre le bacille typhique meurent aussi rapidement que les animaux témoins lorsqu'on leur injecte les 2 toxines neurotrope et entérotrope ou bien l'une ou l'autre de celles-ci. Je ferai connaître, par contre, les résultats expérimentaux très démonstratifs donnés par l'immunisation faite suivant les principes exposés ci-dessus.

Sur le spectre d'absorption ultraviolet de l'ibogaïne. — MM. **Vincent Brustier, Daniel Vincent** et Mlle **Irène Sero.** Le spectre d'absorption U. V. de l'ibogaïne cristallisée étant conditionné essentiellement par celui de la quinoléine, on peut émettre l'hypothèse de l'existence, dans la molécule d'ibogaïne, d'un noyau quinoléique ou isoquinoléique ; cela reste à confirmer par voie chimique. Quant au noyau indolique, dont la présence paraît indiquée par des réactions chimiques, il n'intervient vraisemblablement dans l'absorption de l'ibogaïne qu'en produisant seulement une augmentation de l'intensité de cette absorption ; il ne joue donc dans le phénomène total qu'un rôle très accessoire.

12 Juillet.

Action comparée, sur la chronaxie du muscle strié, du para-aminobenzoyl-diéthylaminoéthanol et de quelques-uns de ses dérivés. — MM. **René Hazard** et **André Lévin.** Le passage de la fonction amine tertiaire à l'ammonium quaternaire par iodométhylation renforce considérablement la faible action curarisante du P. A. D. et la rend beaucoup plus précoce. L'acétylation de la fonction amine primaire diminue au contraire faiblement l'activité de la molécule. L'iodométhylation et l'acétylation simultanées donnent un composé d'activité intermédiaire entre celles de l'iodométhylate et du dérivé acétique.

Technique d'irradiation localisée d'embryons de souris dans l'utérus au moyen des rayons X. — MM. **Albert Raynaud** et **Marcel Frillet.** La technique mise au point par les auteurs a permis d'administrer en des temps relativement courts (1 à 3 minutes), sur des territoires localisés de l'embryon de souris, des doses élevées de rayons X. En particulier des doses élevées de 5.000 à 40.000 r., appliquées sur la tête des embryons, se sont montrées compatibles avec leur survie. Bien qu'ayant actuellement limité les interventions aux embryons âgés de 12 à 13 jours, divers essais ont montré que l'application de

cette technique pouvait être aisément étendue à des stades plus avancés du développement et, avec certaines limitations, à des stades un peu plus jeunes (embryons âgés de 11 jours).

19 Juillet.

Cessation spontanée des effets inhibiteurs de l'adrénaline aussi bien sur le côlon que sur l'intestin grêle du cobaye sans destruction de l'adrénaline. — Mlle Marcelle Beauvallet conclut de ses recherches que la cessation spontanée des effets de l'adrénaline peut avoir une double cause : l'une, banale, attribuable à la destruction du poison; l'autre, curieuse et encore imparfaitement expliquée, consistant probablement en une réaction d'adaptation du substrat.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Mars 1944.

Etude d'un champignon du genre « Allescheria » producteur de mycétome: « Allescheria boydii » var. africana. — MM. A. et R. Sartory.

Présentation d'un film nosologique centre-africain. — M. Muraz.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

22 Mars 1944.

Activité thrombocinétique des tumeurs utérines et ovariennes. — M. Ivan Bertrand et Mlle Quivy. Toutes les destructions tissulaires pathologiques ou opératoires mettent en liberté des facteurs de coagulation thrombocinétiques. A partir des pièces opératoires, les auteurs ont fait l'étude de la coagulation du plasma de chien citraté. Les fibromes ont une activité thrombocinétique variable, mais faible. Les tumeurs ovariennes sont beaucoup plus actives. D'ailleurs, suivant l'animal en expérience, les résultats ne sont pas constants. Enfin l'expérimentation sur l'animal vivant montre également la faible action thrombocinétique des extraits de fibrome.

Innervation sympathique du côlon. — M. Mallet-Guy a étudié par la méthode des infiltrations sympathiques l'innervation des côlons. La piqûre qui siège au niveau de D_{12}-L_1 donne : hypertonie cæcum et ascendant.

L_1 : anse hépatique; L_2 : transverse; L_3 : côlon descendant; L_4 : totalité anse sigmoïde.

Effets semblables si l'intervention est à droite ou à gauche. Ces effets, primaires à la 20e minute, diffusent ultérieurement, mais il y a toujours intérêt à agir sur le segment de la chaîne correspondant au siège colique des affections. Plutôt que de faire des exérèses étendues en hauteur il vaut mieux les faire localisées et bilatérales.

A propos du diagnostic par la radiographie de la péritonite encapsulante. — MM. P. Brocq, Jean Patel et Jean Gosset apportent 4 observations d'où ils montrent que l'estomac est refoulé en haut alors que le duodénum et la première anse grêle sont dilatés et que le grêle s'injecte sous forme d'une masse agglomérée sur la ligne médiane.

Radiosarcome du gland après curiethérapie pour épithélioma balano-préputial. — MM. Roux-Berger, Lacassagne et Gricouraff apportent cette curieuse observation de transformation d'un épithélioma ulcéré du gland en sarcome sous l'effet de radiations cependant appliquées correctement.

Enchevillement des fractures cervico-trochantériennes par un clou à attelle externe. — M. Raymond Bernard dit que ces fractures donnent actuellement des résultats de beaucoup inférieurs à ceux des fractures cervicales vraies. C'est pourquoi il leur applique un clou intracervical fixé par une plaque sur la diaphyse fémorale.

— M. Merle d'Aubigné emploie un clou trop long dont l'extrémité externe est solidarisée avec la diaphyse par un cerclage métallique.

Deux observations de kystes dits dermoïdes du médiastin. — MM. Hepp, Genty et Coury apportent un excellent résultat obtenu dans un volumineux kyste dermoïde du médiastin; et par opposition un cas autopsié qui montre bien les connexions pleuro-pulmonaires et précardiaques de ces kystes. Leur gravité est extrême, sauf lorsqu'on peut marsupialiser d'abord la poche pour ne l'enlever qu'ensuite.

Hernie étranglée à travers le ligament large. — M. Marc Papin M. d'Allaines, rapporteur.

Jean Calvet.

SOCIETE MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Mars 1944.

Leucémie myéloïde sans splénomégalie. — MM. H. Caumel, F. Willemin, A. Camelin et F. Pages relatent l'observation d'un jeune malade ayant présenté une leucémie myéloïde hématologiquement typique, ayant évolué sans splénomégalie appréciable. La radiothérapie des épiphyses, du sternum et de la rate n'a donné que des résultats transitoires. La pantéléradiothérapie a été mal tolérée. Les auteurs insistent sur l'évolution rapide de cette forme terminée en 14 mois par leucémie aiguë myéloblastique.

Polyarthrite gonococcique prolongée à forme cachectisante de Klippel-Weil. Kératose blennorragique. Guérison par la perfusion sulfamidée. — MM. Dérot, Lafourcade et Bourdy. Chez ce malade, qui présentait en outre une syphilis avec 17 chancres, il existait une polyarthrite très diffuse, une cachexie avec amaigrissement de 22 kg. en 6 semaines et une kératose très étendue dont le diagnostic a été confirmé par une biopsie. Le seul traitement efficace a été l'association de perfusion sulfamidée au choc obtenu par des injections intraveineuses de vaccin antigonococcique.

Agranulocytose à rechute au cours d'un traitement arsénobismuthique. — MM. Dérot, Lafourcade et Mme Boreau-Monghal. Chez ce malade de 21 ans ayant présenté après la deuxième injection de 0 g. 60 de novar un accès de fièvre bientôt suivi d'angine pseudo-membraneuse, l'examen hématologique montra une leucopénie avec disparition complète des éléments granuleux. La guérison a été obtenue, en dépit d'une rechute, grâce au traitement par les nucléotides pentosiques. Les auteurs insistent sur l'importance pronostique du médullogramme.

Hémoglobinurie novarsénobenzolique. — MM. Dérot, Tanret et Mme Boreau-Monghal. Le cas observé est apparu dès la troisième injection de novar chez un malade atteint de réinfection syphilitique et qui avait été traité par ce médicament 13 ans auparavant. La résistance globulaire était normale, l'épreuve de Donath et Landsteiner et la recherche des hémolysines négatives.

Recherches humorales sur un cas d'hémoglobinurie novarsénobenzolique. — MM. Dérot et Tanret ont constaté qu'une dilution de 0 mg. 2 de 914 dans 1 cm^3 de sérum physiologique était sans action sur des globules déplasmatisés, mais que, par contre, la même quantité de novar dissoute dans 1 cm^3 de sérum du malade conférait, après 1 heure de séjour à l'étuve, des propriétés hémolytiques vis-à-vis des globules du malade et vis-à-vis d'hématies provenant d'un témoin. Cette propriété s'est effacée au bout de quelques jours, mais, par contre, il existait en plus une légère diminution de la résistance globulaire envers les solutions salines, diminution qui a été augmentée par l'adjonction au liquide d'une petite quantité de 914.

Néphrite aiguë mortelle après application externe de bichromate de potasse. — M. Mouquin. Chez un jeune homme, à la suite de l'application sur la peau du bras de bichromate de potasse dans le but de provoquer une escarre, apparurent une oligurie croissante, une albuminurie massive et une azotémie de plus en plus considérable. Malgré une décapsulation bilatérale, la mort survint le 14e jour. Les reins, gros et mous, présentaient des lésions à la fois glomérulaires et épithéliales, rappelant la néphrite cantharidienne, et qu'on put reproduire chez le cobaye.

Réticulose à forme spléno-ganglionnaire. — M. Mouquin. La malade, une femme de 58 ans, présenta un syndrome de Mikulicz typique avec tuméfaction des parotides, des sous-maxillaires et des glandes lacrymales. Puis, 15 mois après le début, apparurent des symptômes rappelant la maladie de Hodgkin : grosse rate, ganglions durs, indolents, fièvre autour de 38°, prurit, mais la formule sanguine était différente, caractérisée par une leucopénie marquée (1.600). Myélogramme normal. La radiothérapie splénique, associée aux transfusions, donna un résultat exceptionnellement brillant : le syndrome de Mikulicz disparut; il ne persista que quelques ganglions et une légère leucopénie. Pendant 18 mois l'état général fut bon, mais la malade fut emportée par une pleurésie tuberculeuse bilatérale. La biopsie ganglionnaire avait montré des follicules fusionnés et une énorme hyperplasie du système réticulaire.

Cette observation rentre dans le cadre des formes spléno-ganglionnaires de la réticulocytose histiocytaire qui englobe des faits très disparates et difficiles à classer.

— M. Fiessinger souligne la grande confusion qui règne dans ce chapitre et critique la conception même du système réticulo-endothélial.

Rôle du sympathique adventitiel dans la genèse des endartérites. — M. R. Laplane. L'injection d'une faible quantité d'antigène typhique O sous l'adventice d'une grosse artère des membres détermine chez l'animal des altérations diverses : parfois il s'agit d'un spasme durable; dans d'autres cas on constate des lésions d'endartérite d'intensité variable : tuméfaction de l'endothélium avec ou sans œdème sous-endothélial, endartérite proliférante, endomésartérite proliférante, thrombo-artérite aiguë. Ces résultats confirment le rôle des lésions de la tunique externe dans le développement de certaines endartérites. Celles-ci ne sont pas dues à une propagation centripète de l'inflammation de l'adventice : elles sont le reflet d'une irritation du sympathique adventitiel, comme le montre une énervation préalable. Le sympathique artériel n'intervient donc pas seulement dans la dynamique circulatoire; il règle également l'équilibre trophique de l'endothélium, notion qui explique sans doute certains aspects de la pathologie artérielle chez l'homme.

Rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte associé à une tumeur médiastinale. Vraisemblablement un neurinome. — MM. P. Nicaud et A. Lafitte. Le rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte était caractérisé par : un gros souffle systolique de la base, propagé vers l'appendice xiphoïde, les parties latérales du cou, la région dorsale, l'espace interscapulo-vertébral, la base gauche — un déséquilibre tensionnel des membres supérieurs et inférieurs — 20 × 11 à l'avant-bras droit — 12 × 8 au tiers inférieur de la jambe droite au Pachon. Le pouls radial est bien frappé, le pouls fémoral à peine perceptible — la pulsatilité des artères intercostales postérieures donnant un véritable pouls intercostal avec souffle systolique au niveau des centres de battement —; enfin des érosions costales typiques sur les radiographies donnant l'aspect en dents de scie. Aucun signe d'insuffisance cardiaque. Le sujet, âgé de 31 ans, est vigoureux et a eu une vie sportive très active.

Il existe de plus une tumeur médiastinale à gauche de l'aorte ascendante constituée par une masse arrondie, régulière, dense et homogène. Cette masse parahilaire gauche paraît indépendante de l'aorte et ne présente pas de battements. Elle ne donne aucun signe de compression et n'a subi aucun changement de volume depuis 2 ans. Il s'agit vraisemblablement d'un neurinome intrathoracique.

Méningite pneumococcique à forme comateuse rapidement guérie par la sulfamidothérapie. — MM. P. Nicaud, A. Lafitte et S. Buhot. Une méningite pneumococcique est survenue chez un homme de 36 ans porteur d'une fistule méningée qui faisait communiquer un kyste arachnoïdien avec la région ethmoïdale droite. Le liquide céphalo-rachidien était purulent, hypertendu, contenant d'innombrables polynucléaires altérés et des pneumocoques. Dès le 1er jour le malade reçoit 7 g. de soludagénan intramusculaire et le traitement sulfamidé est continué *per os*. La température descend dès le 3e jour et revient à la normale le 10e jour. Les signes méningés persistent cependant et le 7e jour apparaît de l'herpès naso-labial. Le liquide céphalo-rachidien est resté purulent jusqu'au 7e jour. Le 8e jour il était stérile, mais contenait encore 93 leucocytes par millimètre cube. Le 12e jour le malade était convalescent (liquide clair, 24 lymphocytes par millimètre cube). Le malade a quitté le service au bout de 3 semaines complètement guéri. Il avait reçu 126 g. de sulfamides en 16 jours : 15 g. de thiazomide par jour pendant 3 jours, 10 g. par jour pendant 3 jours, puis des doses décroissantes. Le traitement a été très bien toléré.

Le malade avait été opéré par M. Aubry en 1939 pour une fistule faisant communiquer un kyste arachnoïdien frontal avec la région ethmoïdale, provoquant ainsi un écoulement du liquide céphalo-rachidien par la narine droite. Cet écoulement reparut après 18 mois de guérison. Depuis son infection méningée le malade a été réopéré par M. Aubry. Un second trajet fistuleux a été découvert et obturé.

Méningite pneumococcique guérie par la sulfamidothérapie. — MM. P. Nicaud, A. Lafitte et S. Buhot. Une méningite à pneumocoques s'est déclarée brutalement chez un sujet de 54 ans hospitalisé depuis 24 heures, pour une sciatique, à l'Hôtel-Dieu. Une ponction lombaire, faite le 13 Mars, avait montré un liquide clair avec 0 g. 35 d'albumine et 3,2 lymphocytes par millimètre cube. Cette ponction avait été suivie d'une injection de 3 cm^3 de lipiodol par voie lombaire pour l'exploration du défilé lombo-sacré.

Le 14 Mars le tableau d'une méningite aiguë était complet. A la ponction lombaire, liquide purulent contenant un mélange de polynucléaires et de lymphocytes incomptables et en proportions sensiblement égales et des pneumocoques. Le traitement sulfamidé est commencé le 14 Mars, dès les premières heures.

Le malade absorbe *per os* 14 g. de thiazomide par jour les 2 premiers jours, 15 g. par jour les 2 jours suivants et 10 g. par jour les 2 jours suivants — 78 g. en 6 jours. La température est rapidement tombée à 38° et est redevenue normale le 6e jour. La contracture est restée longtemps très marquée. Le 3e jour, un vaste herpès naso-labial est apparu. A cette date le liquide était déjà clair, avec 0 g. 35 d'albumine et 136 lymphocytes par millimètre cube. Les germes avaient disparu. Le 20 Mars, la méningite pneumococcique était guérie. Le malade était porteur d'une rhino-pharyngite qui a été sans doute le point de départ des accidents dont l'éclosion brutale a suivi la première ponction lombaire. L'injection lipiodolée intrarachidienne ne paraît avoir eu qu'un rôle très accessoire.

P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

11 Mars 1944.

Méthode expérimentale par l'exploration directe de la motricité bronchique sur un poumon ne participant pas à la respiration. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Beauvallet décrivent une méthode de mesure de la pression intrabronchique d'un poumon ne participant pas à la respiration (celle-ci étant assurée par l'autre poumon). Cette méthode permet d'étudier directement les variations expérimentales du calibre bronchique et de les mesurer indépendamment de l'influence qu'exercent ces variations sur la fonction respiratoire.

Effets directs et indirects d'un bronchospasme léger. Notion d'un seuil de constriction au-dessous duquel le bronchospasme ne modifie pas la fonction respiratoire. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Beauvallet montrent qu'un bronchospasme léger peut être provoqué expérimentalement et mesuré directement sur un poumon exclu de la respiration sans que ce bronchospasme produise des modifications de la fonction respiratoire. Il existe donc une certaine « marge de sécurité » pour les variations du calibre bronchique et c'est seulement après avoir dépassé un certain seuil que la constriction des bronches produit des symptômes de gêne respiratoire.

25 Mars.

Cessation spontanée des effets de l'adrénaline sur le cœur de grenouille. Formation probable d'une substance antagoniste. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Beauvallet ont montré que parmi les divers facteurs qui sont susceptibles d'intervenir dans cette cessation d'effets, le plus important paraît être la production par le cœur d'une substance antagoniste de l'adrénaline que l'on peut éliminer en réalisant une perfusion continue. Il s'agit donc d'un mécanisme bien différent de celui qui préside à la cessation spontanée des effets de l'acétylcholine précédemment étudié par les auteurs et dû à l'inactivation du poison fixé sur les récepteurs spécifiques situés à la surface de l'organe.

Action de quelques agents pharmacodynamiques sur les effets tensionnels des excitations urétéro-pyéliques. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent que, chez le chien chloralosé, l'administration préalable de pilocarpine ou d'acétylcholine supprime les effets tensionnels des excitations urétéro-pyéliques portées du côté du rein énervé et augmente les effets des mêmes excitations portées du côté du rein normal. Par contre, la spartéine inhibe ou supprime les effets des excitations portées du côté du rein normal, mais laisse subsister ceux des excitations portées du côté du rein énervé. La nicotine *n'a* pas donné de résultats concluants.

Recherches chronaximétriques sur l'électro-choc. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard.

Action du rayonnement α du Radon sur le virus lymphogranulomateux. — MM. C. Levaditi et H. Noury.

Détermination et évaluation chez le cobaye des propriétés préventives d'un sérum préparé chez le cheval au moyen du virus ou de l'anavirus aphteux. — MM. G. Ramon, E. Lemétayer, E. Lasfargues et Mme B. Virat.

Des propriétés préservatrices d'un sérum anti-aphteux obtenu chez le cheval à l'égard de l'infection aphteuse en incubation chez le cobaye. — MM. G. Raman, E. Lemétayer, B. Virat et Mme B. Virat.

Sur la vitamine P. Action de l'épicatéchine sur la résistance des capillaires. — MM. J.-L. Parrot, J. Lavollay, J. Sevestre et P. Galmiche.

Etude de l'action de différentes substances synthétiques αα disubstituées dans la production du phénomène de Koch. — MM. Paraf, Desbardes, E. Hot et Cagniant.

La substance cyanophile de la colonie de bacille tuberculeux. — MM. F. Bezançon et P. Gastinel.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Février 1944.

Kyste sous-péritonéal de l'ovaire simulant une péritonite encapsulante. — M. P. Fréret. Curieuse observation, chez une myopathique myotonique, d'un énorme kyste séreux de l'ovaire droit développé sous le péritoine antérieur, l'ayant *décollé* jusqu'à atteindre la paroi latérale gauche de l'abdomen du côté opposé et le péritoine sous-diaphragmatique en haut. On conçoit que l'erreur diagnostique avec une ascite était inévitable.

Adénome parathyroïdien avec ostéoses multiples. — M. Ch. Gouygou. L'adénome occupait la parathyroïde inférieure gauche et se montrait constitué de cellules principales claires et de cellules principales éosinophiles, de disposition palissadique.

Jéjunite diverticulaire. — M. Ch. Gouygou. Il s'agissait, à 1 *m.* de l'angle duodéno-jéjunal, d'un épaississement pseudo-tumoral en boudin, s'étendant sur 10 *cm.* Histologiquement réaction inflammatoire et suppurée autour d'un diverticule.

2 Mars

Tumeur mixte sudoripare. — MM. Soubrane et Duperrat. Chez un homme de 50 ans, une récidive de tumeur hypodermique du menton a mis 10 ans pour atteindre le volume d'un gros grain de raisin. Il s'agit d'une tumeur sudoripare lobulée présentant de multiples remaniements portant à la fois sur l'épithélial et le conjonctif avec métaplasie cartilagineuse du stroma. Son aspect l'apparente aux épithéliomas salivaires remaniés et concorde avec la description que R. Leroux a donné à ces tumeurs.

A propos de 7 cas de dysembryomes hétéroplastiques du médiastin. — MM. Ch. Coury et P. Delsuc. Dans ces 7 cas de kystes dermoïdes, il s'agissait de tumeurs volumineuses siégeant dans le médiastin antérieur, plus ou moins latéralisées, adhérentes au péricarde et aux gros vaisseaux. Elles présentaient une grande variété tissulaire avec aspects organoïdes fréquents, mais nombreuses particularités et anomalies de détail résultant surtout de phénomènes métaplasiques. L'épithélium malpighien reste néanmoins l'élément le plus caractéristique de ces diverses formations (7 cas sur 7). Au total, 4 tératomes vrais (2 tératomes complexes, 2 tératomes à prédominance dermoïde) et 3 dysembryomes tératoïdes (1 kyste dermoïde simple, 1 kyste dermoïde complexe, 1 kyste à épithélium malpighien peu différencié), tous bénins. Ceci confirme la plus grande fréquence des tridermomes par rapport aux bidermomes et surtout aux kystes épidermoïdes. Les auteurs proposent de grouper ces différents types de tumeurs sous le nom de « dysembryomes hétéroplastiques ». Ce sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes du médiastin antérieur. Intérêt de l'exérèse chirurgicale précoce.

Les modalités réactionnelles du tissu interstitiel au cours des néphrites. — MM. Jacques Fabre et Jean de Brux considèrent que la sclérose rénale peut avoir : 1° une origine tubulaire par hyperplasie des fibres argentaffines ; 2° une origine vasculaire pure, d'évolution très longue, liée aux perturbations vasculaires et à la réaction très peu évolutive des histiocytes; 3° une origine interstitielle pure ; 4° des formes où s'associent des lésions vasculaires et un processus interstitiel implacablement évolutif lié à un sol réticulaire spécial, correspondant à une évolution particulièrement sévère et rapide.

Etude morphologique de la réticuline dans 3 cas d'amylose rénale. — M. Ch. Gouygou note l'absence de réticuline dans le glomérule, ce qui pourrait être interprété comme traduisant la suractivité fonctionnelle du glomérule jouant le rôle d'une membrane semi-perméable sans intervention d'un mécanisme régulateur. Inversement l'hyperplasie réticulaire autour des tubes contournés traduirait la mise au repos de ces éléments sécréteurs.

B. Duperrat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

25 Février 1944.

Les sulfamides iodées. — M. L. Bory a étudié plus particulièrement l'iode quinoléine sulfamidé en applications locales sur les staphylococcies cutanées.

Les associations de sulfamides et d'iodures alcalins se sont montrées pourvues d'une certaine spécificité vis-à-vis des staphylococcies. L'action d'une molécule d'acide iodo-oxyquinoléine sulfonique sur une molécule de para-aminobenzène-sulfamide paraît renforcer encore cette spécificité.

En ce qui concerne les affections dermatologiques (furoncles, anthrax, impétigo, folliculites, érythèmes infectieux) l'ingestion du produit parait généralement inutile. Les applications externes sous forme de pommade aboutissent sans danger à des résultats rapides analogues, souvent meilleurs et toujours sans danger.

A propos de l'ulcère gastrique et duodénal. — M. P. Legac. Un malade a les signes cliniques de l'ulcère et un passé gastrique déjà ancien. Il a subi des traitements médicaux prolongés. L'opération est décidée. Le chirurgien opère et ne trouve pas l'ulcère. Que faire ? ou refermer, ou faire une opération palliative (gastro-entérostomie, Finney ou sphinctérectomie ?), ou bien faire l'opération radicale : gastrectomie ? 2 observations présentées, avec abstention d'abord, puis réintervention avec découverte de l'ulcère, montrent qu'il est mieux de faire d'emblée l'opération radicale. En ne faisant rien au malade on ne l'améliore pas, on en fait un « balafré » qui ne va pas mieux et qu'on a tendance à traiter de névropathe parce que le chirurgien qui l'a opéré n'a rien trouvé.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

6 Janvier 1944.

Craniopharyngiome et tumeur du 3e ventricule associés. — M. Klein, chez une femme de 34 ans présentant des troubles psychiques, une atrophie optique à prédominance bitemporale et à la ventriculographie une amputation du 3e ventricule avec dilatation du reste du système ventriculaire, a enlevé une tumeur kystique du ventricule médian et un craniopharyngiome optochiasmatique ; entre ces deux tumeurs qui ont probablement une origine commune, le plancher du 3e ventricule était intact. La malade a présenté une montée laiteuse 5 jours après l'opération et a succombé assez rapidement (6 semaines après l'opération).

Anévrysme artério-veineux intracranien traumatique. — MM. Thiébault, Guillaumat et Klein présentent une femme ayant un anévrysme artério-veineux intracranien développé après une chute de bicyclette et traité par la ligature de la carotide primitive gauche ; 3 mois après, l'amélioration est manifeste ; il est curieux de noter la tolérance par le cerveau d'une ligature si proche (4 mois) de l'accident, sans doute parce qu'il s'agissait d'une femme jeune, non artério-scléreuse.

Méningiome en plaque du ptérion. — MM. Thiébault, Klein et Le Jamtel montrent une malade qui présentait une exophtalmie légère et une stase papillaire unilatérales, sans céphalée ; la radiographie a mis en évidence un ostéome temporo-fronto-orbitaire. Il s'agissait d'un méningiome en plaque ; l'ostéome a été enlevé partiellement et son point de départ réséqué. Le pronostic est bon car ces tumeurs ont une évolution extrêmement lente.

Exophtalmie unilatérale au cours d'angliome du chiasma. — M. Thurel montre que l'exophtalmie était due, dans ce cas, à la distension de la corne temporo-sphénoïdale du ventricule latéral et au refoulement de la paroi externe de l'orbite, constituée par la grande aile du sphénoïde dont le bord antérieur n'est plus visible dans l'orbite sur la radiographie de face.

Céphalée pulsatile par distension de la corne frontale du ventricule latéral. — MM. Alajouanine et Thurel rapportent un cas de céphalée pulsatile localisée à la région frontale gauche et survenant par crises ; elle dépendait d'une distension de la corne frontale du ventricule latéral, consécutive à l'obstruction du trou de Monro par une tumeur du 3e ventricule.

Sur la commotion médullaire simple. — M. Barré rapporte un cas de commotion médullaire simple après chute de 2 *m.*; la symptomatologie est restée purement déficitaire, sans phénomènes spasmodiques, même après 1 an ; il y avait quelques troubles sphinctériens et génitaux, des difficultés de la marche prolongée ; les réflexes étaient faibles, la sensibilité intacte ; les manœuvres de la jambe et du psoas étaient très nettes des deux côtés, ce qui a permis d'affirmer l'organicité du syndrome.

Algie fessière rebelle par neurofibrome radiculaire s'étant creusé une loge dans un corps vertébral et donnant une image de kyste vertébral. — MM. Guillaume, de Sèze et Massebœuf, chez un malade ayant, depuis 15 ans, des douleurs fessières, sans signes neurologiques, ont constaté un aspect kystique du corps de la 4e lombaire ; l'intervention a montré qu'il s'agissait d'un volumineux neurofibrome extradural de L5 qui s'était creusé par érosion une loge dans le corps vertébral. Ablation de la tumeur et section de la racine sensitive. Guérison immédiate des douleurs.

Syndrome de la queue de cheval par hernie discale ; sur la nécessité des laminectomies larges. — MM. Guillaume et de Sèze rapportent un cas de compression globale de la queue de cheval par hernie du disque L5-S1 ; une laminectomie ordinaire avec résection partielle de la hernie fit disparaître les troubles, sauf les douleurs ; 7 ans plus tard, la recrudescence de celles-ci imposa une nouvelle intervention ; la racine S1 était comprimée par le reste de la hernie dans le défilé inter-disco-articulaire et ne fut dégagée que par l'élargissement de la laminectomie jusqu'aux apophyses articulaires. Ce cas souligne la nécessité des laminectomies larges dans les compressions d'origine discale.

Compression de la moelle au cours d'une maladie de Hodgkin. — MM. Heuyer, Lhermitte et de Ajuriaguerra rapportent un cas de compression médullaire typique au cours d'une maladie de Hodgkin ; l'autopsie a montré une tumeur lymphogranulomateuse siégeant à la partie postérieure de la dure-mère dorsale et séparée de celle-ci par un plan de clivage ; cette tumeur était extirpable. Cette observation prouve que dans les compressions hodgkiniennes, la radiothérapie n'est pas le seul traitement à retenir et que l'intervention peut être indiquée.

Volumineux méningiome endo et exo-cranien avec aplasie de l'écaille occipitale. Opération en deux temps. Guérison. — MM. Guillaume et Massebœuf.

3 Février.

Accidents épileptiques avec aura apraxique révélant un volumineux tubercule pariétal gauche. — MM. Chavany, Thiébault et Wolinetz rapportent un cas d'aura apraxique chez une femme de 29 ans, suivie de crises généralisées ou de crises jacksoniennes droites ou d'un état d'hébétude avec amnésie ; il n'y avait pas d'autres signes de localisation, pas de stase et le syndrome d'hypertension intracranienne était réduit au minimum. L'intervention a permis d'enlever un gros tubercule pariétal gauche ; la guérison se maintient depuis plus de 6 mois.

Deux cas de macrogénitosomie précoce. — MM. Beaudouin et Puech présentent un enfant de 13 ans qui, dès l'âge de 9 ans, avait le développement osseux d'un sujet de 16 ans; l'intelligence est celle des enfants de même âge ; le métabolisme un peu au-dessous de la normale ; à gauche, il y a une atrophie optique avec vision presque nulle ; à droite, la moitié temporale du champ visuel est supprimée ; les auteurs se proposent d'explorer la région opto-chiasmatique. Un autre enfant, hydrocéphale, arriéré et ayant un syndrome de Little, avait subi, il y a 2 ans, à l'âge de 8 ans, une ventriculographie ; depuis, son intelligence s'est un peu éveillée; la vision s'est améliorée ; il a grandi de 30 *cm.* et ses organes génitaux se sont considérablement développés ; il présente en somme une puberté précoce avec légère macrosomie.

Sympathogoniome intra-rachidien. — MM. Sorrel, A. Thomas et Huguenin, chez un enfant de 8 ans ayant une quadriplégie progressive, ont trouvé à l'intervention une tumeur en nappe extradurale allant de D1 au delà de l'axis, qui fut enlevée presque complètement, sauf son prolongement supérieur ; après radiothérapie, l'enfant reste guéri depuis 10 mois; cependant, il s'agit d'un sympathogoniome, tumeur histologiquement maligne.

Les dissolutions du langage dans la maladie de Pick. — MM. Delay, Neveu et Desclaux présentent une femme de 62 ans atteinte d'un affaiblissement intellectuel progressif ayant abouti à une réduction massive du langage spontané réduit à quelques stéréotypies verbales ; cependant les fonctions gnosiques et praxiques, l'écriture, la lecture, la parole répétée, la compréhension des ordres simples sont conservées. La dissolution du langage apparaît ici comme l'expression de la dissolution générale de l'activité psychique et motrice. Cette perte de l'activité évoque une lésion préfrontale que confirment l'encéphalographie et la ventriculographie montrant une atrophie préfrontale bilatérale, massive, caractéristique de la maladie de Pick.

Myasthénie avec steppage bilatéral et pseudo-signe de Babinski. — MM. R. Garcin, Kipfer, Houdart et Carlotti rapportent un cas de myasthénie évoluant sous les traits d'un steppage bilatéral et d'une paralysie des interosseux des mains; une diplopie intermittente avec ptosis avait précédé ces troubles. La notion de phénomènes d'épuisement musculaire à l'effort fit rattacher le syndrome à sa véritable cause ; le diagnostic fut confirmé par l'électrodiagnostic et par l'action de la prostigmine. Les auteurs insistent sur l'existence d'un pseudo signe de Babinski par paralysie du fléchisseur du gros orteil, disparaissant comme celle-ci sous l'action de la prostigmine.

Deux cas de poromyoclonus multiplex. — M. Barré rapporte 2 cas de cette affection, survenus l'un 15 jours après une chute sur la tête, l'autre quelques semaines après un épisode encéphalitique typique. Les cas d'encéphalite sont en recrudescence dans le Massif Central et l'auteur en a observé récemment 5, dont 2 mortels.

Sciatique avec anomalie du cul-de-sac sous-arachnoïdien sacré, guérie par intervention sur le ligament ilio-lombaire. — MM. Thiébault, Trotot et Wolinetz, chez une femme présentant une sciatique récidivant aux périodes menstruelles, ont constaté, au cours de l'épreuve lipiodolée, une anomalie du cul-de-sac sous-arachnoïdien qui formait une poche s'étendant presque jusqu'à l'hiatus sacro-coccygien. La sciatique parait indépendante de cette anomalie et a guéri par le « nettoyage » du ligament ilio-lombaire ossifié.

Enseignements de la radicotomie postérieure lombo-sacrée. — MM. Alajouanine, Thurel et Leveau, d'après les résultats de la section d'une centaine de racines, montrent qu'il faut couper plusieurs racines pour obtenir une anesthésie notable ; L5 a pour territoire le dessus du pied et les deux premiers orteils ; S1 la plante, le bord externe du pied et les 3 derniers orteils. La section d'une racine postérieure est suffisante pour abolir un réflexe tendineux, celle de S1 l'achilléen et celle de L4 le rotulien.

Kyste dermoïde de l'étage moyen de la base contenant 7 dents, enlevé avec succès chez une malade présentant un syndrome d'hypertension intra-cranienne. — MM. Thiébault et Klein.

Paralysie obstétricale du plexus lombaire. Atteinte des racines postérieures. — M. Dereux (Lille).

Lucien Rouquès.

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

8 Décembre 1943.

Comportement du lapin vis-à-vis de doses massives de virus typhique. — MM. P. Giroud et B. Sureau montrent que, quelle que soit la voie d'introduction du virus typhique chez le lapin, la courbe des agglutinines présente 3 phases : dans les 72 à 96 heures qui suivent l'inoculation, la maladie évolue et le sérum n'agglutine pas; brusquement, au cours des 2 ou 3 jours suivants, les agglutinines apparaissent et atteignent leur maximum; du 7e au 9e jour, dans une 3e phase, le taux des agglutinines se stabilise et se maintient à un chiffre assez élevé, puis il décroît lentement, subissant quelques fluctuations passagères liées à l'état général de l'animal.

Les propriétés anthelminthiques des colorants dérivés du triphénylméthane. — M. R. Deschiens établit expérimentalement que les dérivés du triphénylméthane possèdent des propriétés anthelminthiques marquées vis-à-vis de nématodes et de cestodes parasites des mammifères, et, en particulier, d'*Hymenolepis nana*, de *Syphacia obvelata*, d'*Aspicularis tetraptera*, oxyures de la souris, et d'*Enterobius vermicularis*, oxyure de l'homme.

La fuschine basique, la parafuschine, le violet cristallisé, le violet de gentiane, le vert de méthyle, le sulfate et le chlorhydrate de vert malachite, le vert brillant, sont actifs.

Les dérivés triaminés paraissent, dans l'ensemble, plus anthelminthiques que les dérivés diaminés qui sont eux-mêmes plus actifs que les dérivés mono-aminés (type aminotriphénylméthyle). Le pouvoir anthelminthique croît dans certains cas avec la basicité de la partie aminée de la molécule; il s'élève en solution, *in vitro*, à partir de *p*H 5, zone voisine du point iso-électrique des protéines. La sulfonation réduit ou supprime les propriétés anthelminthiques des dérivés triphénylméthaniques.

La fuschine basique, le violet cristallisé, le violet de gentiane et le sulfate de vert malachite, très toxiques pour les invertébrés, sont peu toxiques pour les mammifères, et peuvent être introduits dans la thérapeutique médicale et vétérinaire des helmintiases.

La fuschine basique, en particulier, est anthelminthique à la dose de 0 *g.* 005 à 0 *g.* 006 par kilogramme et par jour pendant 10 jours consécutifs chez le lapin et chez l'homme. Pour la fuschine, la dose toxique chez le lapin est de 0 *g.* 06 par kilogramme et par jour pendant 10 jours, soit un rapport C/T = 1/10 laissant une large marge d'utilisation pratique; le vert malachite est encore moins toxique.

Les doses curatives de fuschine et de vert malachite déterminées, pour un homme de 60 *kg.*, sont de 0 *g.* 30 par jour, administrées pendant 10 jours consécutifs; repos de 8 jours, nouveau traitement de 10 jours. La déparasitation est obtenue dans 70 pour 100 des cas environ dans l'oxyure. La médication doit être portée sous enrobage approprié à l'état du tube digestif constituant l'habitat des vers.

— M. L. Launoy demande si les dérivés triphénylméthaniques ont une action léthale sur les œufs d'helminthes; cette question est importante à résoudre du point de vue prophylactique.

— M. R. Deschiens. Les œufs ont une résistance proportionnelle à l'épaisseur de leur coque. Le problème prophylactique que signale M. Launoy a été considéré. Les œufs d'oxyures de la souris sont tués en moins de 2 heures, *in vitro*, par une solution de fuschine à 1 pour 5.000.

Un fait concernant la prémunition antipalustre. — M. R. Pons pense qu'il parait logique d'admettre que l'état de prémunition dans le paludisme est extrêmement labile lorsque des apports nouveaux d'antigène ne viennent pas entretenir ou renforcer cette prémunition. Il est probable que la prémunition des autochtones ne persiste pas plus d'un an après que ces indigènes ont quitté le lieu où elle s'est effectuée; ceci infirme l'opinion généralement admise d'une résistance raciale constitutionnelle.

Variations saisonnières des tsé-tsés. — M. H. Gaschen montre la divergence de caractères biologiques des deux espèces de tsé-tsés. *Glossina palpalis* et *Gl. tachinoïdes*, appartenant au même groupe morphologique, mais dont l'une est adaptée aux régions de savanes tandis que l'autre peuple les forêts denses.

Remarques sur la maladie des cannes de Provence. — MM. H. Harant, Nguyen Duc et Huttel appellent l'attention sur la fréquence relative, chez les ouvriers manipulant les roseaux pour la fabrication du papier, des lésions cutanées érythémateuses de la peau, du cou et de la face avec irritation légère des muqueuses conjonctivale et nasale chez les porteurs de cannes d'une part, et, d'autre part, chez les ouvriers travaillant à l'atelier devant la scie mécanique, de lésions cutanées sur les parties découvertes, d'un important chemosis avec larmoiement, de phénomènes généraux fébriles avec accidents respiratoires : coryza, dysphonie, toux, expectorations hémoptoïques.

Un champignon, du type *Helmintosporium*, a été observé sur les cannes; cultivé et inoculé au cobaye, il détermine des lésions de conjonctivite et de l'œdème du scrotum et du pénis. Chez l'homme, l'inoculation par scarification de l'avant-bras provoque des accidents cutanés avec retentissement ganglionnaire. Le champignon étudié a pu être rapporté au genre *Sporotrichum*. Il semble possible de rattacher les lésions de la maladie des cannes de Provence à la présence de ce champignon à aptitudes thermophiles.

Comportement anormal de certains aëdes pendant l'été de 1943. — MM. G. Lavier et Dao Van Ty.

Mycose végétante à « Trichosporium pedrosoi ». — MM. H. Harant et Huttel.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

8 Juin 1943.

Sur un cas de goutte saturnine. — MM. L. Langeron, Giard et P. Langeron rapportent l'observation d'un malade, ancien saturnin, qui présente une hypertension à 23-13, sans signes biologiques d'atteinte rénale, et qui est porteur de tophi auriculaires et juxta-articulaires nombreux et volumineux. Cette goutte chronique serait la conséquence de l'intoxication par le plomb et les auteurs précisent à ce propos les caractères cliniques de la goutte saturnine; ils présentent également des photographies et radiographies des tophi, sur les divers aspects desquels ils insistent.

Réfection de la pyramide nasale pour effondrement post-traumatique. Présentation de photographies. — MM. Lavrand et Desorgher rapportent l'observation et présentent les photographies d'une correction chirurgicale d'un effondrement traumatique du nez. A ce propos, ils rappellent l'intérêt du traitement de ces déformations pathologiques ou traumatiques et l'extension légitime qu'on peut en faire à la cure des malformations congénitales, pourvu que les indications en soient soigneusement étudiées.

Blessure cranio-cérébrale par éclat d'obus intéressant le sinus frontal avec projectile inclus profondément dans le lobe frontal. Extraction et parage : guérison « ad integrum ». Présentation de radiographies. — M. Desorgher rapporte l'observation d'un blessé présentant une plaie cranio-cérébrale intéressant le sinus frontal.

Il confirme les observations de Garcin et Guillaume et insiste sur la gravité de ces plaies se compliquant de lésions des sinus, sur l'intérêt de la sulfamidothérapie associée au traitement chirurgical et à la destruction de la muqueuse des sinus.

L'exploration cyto-hormonale en endocrinologie génitale. Applications cliniques. — MM. Langeron, Cordonnier et Mlle Clerc. En endocrinologie génitale, la biopsie endo-utérine permet l'exploration de la fonction ovarienne. Les transformations histologiques caractérisant l'action des hormones ovariennes sont les jalons de cette exploration cyto-hormonale qui apprécie l'équilibre hormonal féminin.

Les biopsies endo-utérines, dans la plupart des cas d'aménorrhée, révèlent une carence en folliculine. Les auteurs relatent l'observation d'un cas d'aménorrhée avec carence en progestérone chez une malade que les autres signes cliniques font considérer comme un syndrome génito-surrénal fruste.

Traitement d'un cas de ménorragies par la folliculine à hautes doses. — MM. Langeron, Cordonnier et Mlle Clerc. Observation d'une malade pré-ménopausique atteinte de méno-métrorragies.

Blocage de l'hémorragie grave ayant motivé son entrée dans le service par 10 mg. de benzoate d'œstradiol. Puis cycles hormonaux artificiels qui normalisent les règles et présentent l'avantage de tenter l'installation de la ménopause en adoptant la solution conservatrice.

6 Juillet.

Fracture du col du fémur méconnue pendant plusieurs semaines. Présentation de malade. — MM. Billet et Lemaître. Il s'agit d'une fillette de 6 ans qui s'est fait une fracture du col du fémur, restée inaperçue pendant 3 semaines. C'est seulement parce que les parents remarquèrent qu'elle boitait légèrement et qu'elle souffrait de la hanche qu'ils amenèrent leur enfant à la consultation. Une radiographie décela une fracture transversale du col fémoral, en bois vert, sans engrènement, sans déformation du col. Après immobilisation de 6 semaines en abduction sur un cadre de bois, la fracture est consolidée et l'enfant a pu reprendre sa vie normale.

Un cas de coliques saturnines traité par infiltration splanchnique. — MM. Langeron, Giard, Rigot et Mlle Legenne. Observation d'un malade travaillant dans le plomb depuis 1 an, présentant des stigmates d'intoxication saturnine (liséré gingival) et de très violentes coliques avec constipation opiniâtre. Sédation complète de la crise après double infiltration splanchnique de novocaïne.

Incontinence d'urine de la femme par insuffisance périnéale. Traitement chirurgical. — M. Vincent. Il s'agit d'une incontinence bien particulière, se manifestant au cours des efforts, la vessie étant remplie, survenant chez des femmes encore jeunes et sans symptômes de prolapsus utérin. Elle semble avoir augmenté de fréquence à l'heure actuelle.

Le traitement est chirurgical, mais les méthodes employées jusqu'à ce jour, périnéorraphie postérieure, réfection du col vésical, selon la technique de Marion, donnent parfois des échecs. Aussi a-t-on préconisé récemment une intervention plus compliquée, la suspension du col vésical par une bandelette aponévrotique attachée au muscle grand droit.

Syndrome de Milkman au cours d'une ostéomalacie. — M. Langeron et Mlle Dubuisson. Femme de 66 ans présentant des déformations osseuses importantes et un syndrome de Raynaud. A la radiographie, on remarque des altérations osseuses diffuses : décalcification, vertèbres en diabolo, bassin en cœur de carte à jouer, télescopage de la colonne vertébrale et du sacrum. Sur les 2 cubitus, on note de pseudo-fractures, à peu près symétriques, qui font penser au syndrome de Milkman.

Les auteurs profitent de cette observation pour discuter le cadre du syndrome de Milkman, qui semble dû à une carence en phosphore, en calcium et en vitamine D.

Cancer gastrique de la région cardiaque avec angine de poitrine, fièvre et salivation abondante. — M. Bernard. Malade atteinte de cancer de la partie haute de la petite courbure et de la région cardiaque. Cette lésion s'est accompagnée, mais avait été précédée, de crises d'angine de poitrine.

La fièvre tenace fait ensuite l'objet d'une étude particulière, d'autant qu'une hémoculture avait permis d'isoler du staphylocoque doré.

Puis, subitement, survient une occlusion complète et douloureuse du cardia, avec salivation abondante (1 *l.* 500 par 24 heures), ayant nécessité une gastrostomie au cours de laquelle on vérifia le cancer gastrique.

La malade est morte au cours d'une crise d'angor, quelque temps après l'opération.

Les traitements de choc des psychoses. A propos de 180 cas traités à l'hôpital psychiatrique de Lommelet entre 1937 et 1943. — M. Le Grand. L'examen de tous les cas de psychoses traités par l'auteur, au cours des 6 dernières années, par des chocs insulinique, cardiazolique et électrique lui permet de constater un pourcentage de résultats heureux de 50 pour 100, avec environ 36 pour 100 de guérisons. Il a pu constater que les résultats du choc insulinique étaient particulièrement brillants dans les états schizophréniques pris au début. Par contre, les résultats les plus heureux dus à la convulsivothérapie se rencontrent dans la cure des états mélancoliques, que ceux-ci relèvent de la psychose maniaque dépressive ou qu'il s'agisse de mélancolies involutives. Dans ces cas, l'ordre de grandeur des succès atteint environ 80 pour 100.

L'auteur estime que les traitements de choc, maniés avec prudence et sous surveillance bien faite, représentent une thérapeutique très peu dangereuse et sans inconvénient sérieux pour l'avenir des malades autant qu'il est actuellement possible de le dire, vu le faible recul dont on dispose. Il estime que les divers traitements de choc peuvent s'appliquer à un grand nombre de psychoses jusqu'à présent rebelles à la plupart des thérapeutiques et constituent un progrès thérapeutique de premier ordre.

Estomac intra-thoracique par hernie à travers l'orifice œsophagien. Réduction spontanée. Sciatique concomitante. — MM. Béra et Baude rapportent une observation et présentent des radiographies d'un cas de hernie diaphragmatique à travers l'orifice œsophagien, chez un homme de 54 ans sans antécédents pathologiques. L'estomac était en grande partie intra-thoracique et les troubles dyspeptiques accentués. Un simple traitement médical amena une sédation rapide et la réduction se fit spontanément. Des radiographies nouvelles montrent que l'estomac est entièrement intra-abdominal.

Lésions cornéennes par avitaminose B_2. Guérison rapide par injections de lactoflavine. — MM. Bernard et Baude rapportent 2 observations d'ulcérations cornéennes avec vascularisation abondante, résistant à tous traitements et évoluant pendant de longs mois, qui cédèrent très rapidement à des injections de vitamine B_2. A propos de ces observations ils exposent les divers troubles oculaires dus à l'avitaminose B_2 et insistent sur la précocité de ces troubles dans cette avitaminose.

Eclampsie au début d'une néphrite aiguë chez un grand enfant. — M. Buisine. Un enfant de 14 ans qui a fait à l'âge de 7 ans une scarlatine tousse un peu, a la gorge légèrement rouge, présente une pyodermite imputable à la gale. Brusquement éclate une crise convulsive intense, avec amaurose et perte de connaissance. 15 accès convulsifs semblables se répètent, de 10 en 10 minutes environ; les membres sont inertes, les réflexes tendineux abolis avec signe de Babinski bilatéral. Tension 9-15 au Vaquez. La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, hypertendu (7 lymphos par millimètre cube, 0 g. 84 d'urée par litre, pas de microbes). Urée sanguine : 1 g. 23, B.-W. négatif. Dans les urines : 1 g. d'albumine par litre.

Assez rapidement les crises s'affaiblissent et disparaissent. Une paralysie flasque, à gauche, une forte parésie, à droite, s'atténueront plus lentement. La guérison complète demandera environ 3 semaines.

Il semble bien que ces phénomènes puissent être imputables à un cas d'éclampsie précoce.

Un cas de pouls lent avec Stokes-Adams suivi pendant 13 ans. — MM. L. Langeron et Giard.

2 Novembre.

Paralysie périodique de la IIIe paire évoluant par poussées douloureuses depuis 15 ans. Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique. — MM. Dereux et de Berny. Une fillette de 3 ans 1/2 fait une crise de céphalée droite, avec vomissements, suivie d'une paralysie du moteur oculaire commun droit. Les crises se répètent ensuite 2 ou 3 fois par an et, peu à peu, s'établit une parésie très légère du releveur de la paupière droite et une parésie assez marquée des droits supérieur, inférieur et interne avec mydriase. Actuellement, cette jeune fille a 26 ans; son état général est parfait.

Les auteurs concluent qu'il faut classer les paralysies oculaires périodiques en 2 groupes : d'une part, les paralysies récidivantes et alternantes avec retour *ad integrum* complet dans les périodes inter-paroxystiques, frappant un ou plusieurs nerfs; d'autre part, les paralysies oculaires sans caractères d'alternance, frappant toujours un seul et même nerf et laissant des séquelles entre les périodes inter-paroxystiques. C'est à ce dernier groupe qu'appartient la présente observation.

Hémorragie intra-péritonéale chez la femme; origine génitale, gravidique ? — M. Bracq. Une femme de 38 ans, appartenant à une famille d'hémophiles, n'ayant jamais été enceinte et ne présentant pas de signes actuels de grossesse, entre à l'hôpital avec le tableau clinique d'une hémorragie intra-péritonéale. A l'intervention, effectuée d'urgence, la cavité pelvienne est remplie de sang liquide avec des caillots; la trompe droite est rouge, distendue par des caillots, fragile; il n'est pas possible de se rendre compte si elle est gravide. L'utérus porte de nombreux fibromes sous-séreux.

L'examen histologique de la trompe montre qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Etude statistique des hernies, hernies étranglées et prolapsus génitaux avant et après 1940. — M. Bracq. La comparaison du nombre des opérés en 1937-1938 et en 1941-1942, dans le service de Clinique chirurgicale du Prof. Lepoutre, donne une augmentation de 1 à 3 pour les prolapsus, de 1 à 2 pour les hernies non compliquées, de 1 à 4 pour les hernies étranglées. Ces chiffres, susceptibles de certaines corrections, se rapprochent de ceux publiés par MM. J. Braine et J.-C. Rudler, pour les hôpitaux parisiens. L'auteur rapporte simplement le résultat de ses recherches statistiques, sans prétendre élucider la cause de cette augmentation (amaigrissement, altérations tissulaires dues à certaines carences en protéines et en graisses); il insiste, en terminant, sur la fréquence actuelle des étranglements herniaires chez les personnes âgées.

Trois cas de « Granulosis rubra nasi » traités par la radiothérapie. — M. P. David rappelle les signes de cette affection cutanée assez rare : nez rouge ou cyanosé, parsemé de fines papules rouge sombre, avec hyperhidrose, chez l'enfant. Les 3 observations qu'il a relevées en 1 an n'apportent aucune lumière nouvelle sur l'étiologie, ni sur la pathogénie de cette dermatose; ces 3 cas sont isolés et non familiaux. La radiothérapie à faibles doses a fait disparaître l'érythème, les papules et l'hyperhidrose en 4 à 5 séances.

Diagnostic des collections pelviennes par la ponction du Douglas. — M. J. Camelot.

7 Décembre.

Un cas de maladie de Madelung. Présentation de malade et de radiographies. — MM. Vincent, Ledieu et Béra. Jeune fille de 14 ans, petite (père achondroplasique), présentant un radius curvus droit avec hémiatrophie de l'épiphyse inférieure du radius dans sa partie interne et grosses déformations du carpe, luxation de la tête du radius en bas. Du côté gauche, incurvation très nette du radius, mais sans autre malformation.

Un cas de volvulus aigu du cæcum. — MM. Courty, Lefebvre et de Berny. Chez un homme de 40 ans, sujet à des crises douloureuses abdominales, survient, le 10 Octobre 1942, un syndrome d'occlusion aigu. A l'intervention on trouve une énorme masse colique, que l'on reconnaît appartenir au cæcum; à la base de la tuméfaction existe une torsion de l'intestin. La détorsion est facile et montre que le volvulus présentait 3 tours. Suites opératoires normales; fermeture de l'anus cæcal, 3 semaines après l'intervention.

Les auteurs profitent de cette observation pour rappeler les signes cliniques du volvulus aigu de cæcum, pour en préciser les signes radiologiques et en fixer le traitement : détorsion simple, avec ou sans cæcostomie, dans les cas récents, résection du segment iléo-cæcal si le volvulus remonte à plusieurs jours et quand le cæcum présente des lésions évidentes de sphacèle.

Syndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl. Présentation de malade. — M. Baude. Présentation d'un enfant de 10 ans atteint de rétinite pigmentaire sans pigment, dystrophie adiposo-génitale, polydactylie atteignant les 4 membres, et arriération mentale.

A propos de ce cas et d'un autre également typique qu'il a observé récemment, l'auteur, après avoir exposé les liens anatomiques qui unissent l'œil et le diencéphale, défend l'hypothèse de l'origine diencéphalique du syndrome.

Diverticule de la vessie et maladie du col. — M. Vincent. Malade traité par les rayons X pour une rétention d'urine complète par adénome prostatique qui, à l'examen radiographique, se montra porteur d'un volumineux diverticule de la vessie. L'existence d'une simple maladie du col permet le traitement par résection du col.

Présentation d'un malade porteur d'un hypospadias rétroscrotal opéré par la méthode de Duplay, modifiée par Marion. — M. Lepoutre.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

— OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE —

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. AUBRY

La mastoïdite sulfamidée latente

La mastoïdite latente de l'adulte est classique. Sans parler de l'antrite latente du nourrisson qui est d'un type spécial, la mastoïdite latente est en effet connue depuis longtemps, elle semble due à plusieurs facteurs ; c'est ainsi qu'il s'agit parfois d'une race microbienne spéciale (*Pneumococcus mucosus*). Ici même, récemment, MM. G. Portmann et Berger[1] en ont rappelé les caractéristiques essentielles qui permettent dans tous les cas d'en porter le diagnostic. Dans le *Paris Médical* nous avons, après d'autres auteurs, rapporté une forme que nous jugeons tout à fait particulière, la mastoïdite latente sulfamidée. En effet, en France, Bouchet et Leroux-Robert ont magistralement étudié cette question et ils ont attiré l'attention sur l'action souvent camouflante des sulfamides. Dans l'article déjà cité du *Paris Médical*[2] nous avons rapporté l'observation d'une ostéite mastoïdienne rendue latente par les sulfamides et dont le premier signe fut, à la sixième semaine d'une otite, une paralysie faciale survenue brutalement alors que l'otite était tarie depuis plus de quatre semaines et que la symptomatologie mastoïdienne était parfaitement muette.

Chez un autre malade examiné par l'un de nos assistants, M. Bernardini, il s'agissait d'un malade dont le premier signe mastoïdien fut une septicémie par thrombose du sinus latéral apparue à la septième semaine de l'otite alors que la perforation tympanique était également cicatrisée depuis plusieurs semaines. A l'intervention il existait une ostéite mastoïdienne sans pus, extrêmement diffuse, et ayant entraîné la thrombose du sinus sous une corticale relativement éburnée.

Ce qu'il faut retenir e'est, d'une part, que l'otite dite latente au cours d'une otite non sulfamidée peut toujours être diagnostiquée par l'un des signes décrits par G. Portmann et Berger et, d'autre part, que l'otite déjà sulfamidée peut donner lieu à une mastoïdite vraiment latente.

Le sulfamide, au cours d'une oto-mastoïdite, a en effet une action triple :

1° Il agit sur le syndrome infectieux en faisant notamment tomber la fièvre ;

2° Il agit sur le syndrome otitique en tarissant l'écoulement et secondairement le tympan se ferme. Parfois cependant il reste une légère hyperémie au niveau du Schrapnell et un certain épaississement du tympan (Leroux-Robert) ;

3° Il agit sur le syndrome mastoïdien en camouflant l'ostéite qui, anatomiquement, peut persister tout en restant dans un sommeil trompeur car cliniquement tous les signes mastoïdiens disparaissent et en particulier la douleur spontanée et provoquée.

En définitive, dans cette forme latente au sens absolu, un seul signe nous reste, c'est le cliché radiologique, mais dans notre observation déjà citée nous avons montré que ce signe pouvait également être trompeur : 1° si l'on ne possède pas un excellent cliché ; 2° si le point de comparaison avec la mastoïdite opposée manque (soit otite bilatérale, soit otite ou mastoïdite ancienne) ; 3° si l'on n'a pas pris soin de faire radiographier le malade au début de l'affection.

En effet, seule la comparaison entre deux clichés, l'un pris au début, l'autre au moment suspect, permet de poser en toute certitude le diagnostic.

En conclusion nous pensons qu'en présence d'une otite il faut prescrire les sulfamides avec la plus grande circonspection :

1° S'il s'agit d'une otite légère, le mieux est de soigner l'otite selon la méthode classique, sans user des sulfamides. Dans cette variété d'otite, la plus habituelle, la guérison pourra ainsi être obtenue sans l'aide de sulfamides, mais si cette otite présente une menace de complication mastoïdienne on demandera un cliché radiographique et l'on prescrira un traitement d'attaque intensif par les sulfamides avant de recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale, car il semble prouvé (Moulonguet, Bourdial) que les sulfamides prescrits à doses convenables ont pu dans quelques cas guérir une mastoïdite cliniquement évidente. On devra cependant se méfier de l'action camouflante et le malade devra être suivi de très près en usant de clichés radiographiques successifs.

2° S'il s'agit d'une otite d'allure sévère, on ne prescrira les sulfamides qu'après avoir obtenu un cliché radiographique de départ qui pourra être ultérieurement comparé avec un second cliché s'il survient le moindre doute sur l'intégrité de la mastoïde ; c'est là que la méthode radioclinique de Chaussé présente toute sa valeur.

S'il néglige ces précautions et s'il continue à prescrire les sulfamides à tort et à travers, le médecin risque un jour ou l'autre de camoufler une ostéite mastoïdienne et de voir apparaître subitement une complication d'autant plus redoutable qu'à ce moment une sulfamido-résistance aura pu être créée par le traitement sulfamidé du début alors que c'est surtout à cette période des complications que le sulfamide aurait été le plus efficacement prescrit.

M. AUBRY.

1. G. PORTMANN et M. BERGER : *La Presse Médicale*, 1er Juin 1943.
2. M. AUBRY : La mastoïdite sulfamidée latente de l'adulte. *Paris-Médical*, 30 Septembre 1943.

Le traitement de la surdité par la prostigmine

W. Racine dans le *Schweizerische medizinische Wochenschrift* (5 Juillet 1941, n° 27) étudie l'influence de la prostigmine sur la surdité.

On sait que Davis et Rommel ont, en effet, préconisé le traitement de la surdité par la prostigmine. Ces auteurs auraient obtenu des résultats impressionnants et ils affirment que la prostigmine a une action certaine sur la surdité et les bourdonnements. Le traitement comprend 1 injection de 1 à 3 ampoules de prostigmine par semaine (sol. 0,5 pour 1.000, soit 0,5 mg.) ; en plus des injections, Davis et Rommel firent prendre tous les jours ou tous les deux jours un comprimé de prostigmine ; leurs patients reçurent entre 3 et 108 injections.

On connaissait déjà l'action de la prostigmine dans les atonies intestinales post-opératoires, la myasthénie, les calculs de l'uretère et certaines myopathies. La prostigmine est un excitant du parasympathique en empêchant l'hydrolise fermentaire de l'acétylcholine.

W. Racine a analysé judicieusement l'action que pourrait présenter la prostigmine sur la surdité : Dans la surdité de transmission (oreille moyenne), l'action du médicament ne peut être que d'origine musculaire (muscle de l'étrier et muscle du marteau) ; en effet, pour chacun de ces deux muscles la présence de l'acétylcholine est nécessaire pour le bon fonctionnement des plaques motrices de ces muscles.

Dans la surdité de perception (oreille interne), la prostigmine peut agir sur le système neuro-végétatif de l'oreille interne qui règle l'équilibre circulatoire et, par son intermédiaire, l'équilibre tensionnel des milieux liquides de l'oreille interne.

W. Racine conclut de ces remarques que si la prostigmine doit agir sur la surdité, elle doit, *a priori*, agir mieux sur la surdité type oreille interne que sur celle de type oreille moyenne.

W. Racine a entrepris une série de recherches cliniques sur ces deux sortes de surdité; comme contrôle il se base sur la prise d'audiogrammes en série après injection de 0,5 mg. de prostigmine par voie endo-veineuse, 3 audiogrammes furent pris : le premier avant l'injection, le second quinze minutes après l'injection, le troisième trente minutes plus tard.

Chez les sujets normaux, les résultats ne furent guère concluants, peut-être peut-on noter dans la zone hypersensible (entre le 512 et le 4096) une légère amélioration de l'ouïe qui ne dépasse pas 10 décibels.

Dans la surdité de type oreille moyenne, l'action de la prostigmine n'est pas évidente.

Dans la surdité de type oreille interne, l'auteur s'est surtout attaché à l'étude de la surdité dystonique qui se rencontre chez les dystoniques végétatifs dans le sens de l'hypersympathicotonie ; les 3/4 de ces dystoniques présentaient une altération de l'ouïe qui est du type labyrinthique, il s'agit en général d'une perte de l'ouïe brusque et très appréciable à partir de 1.000-2.000 v. d. Or, chez ces malades, W. Racine n'a pas obtenu de modifications importantes de l'acuité auditive; ces modifications, lorsqu'elles existaient, étaient toujours minimes et, comme dans les autres cas, siégeaient dans la zone hypersensible, c'est-à-dire entre 512 et 4.096 v. d.

Donc dans tous les cas expérimentés cliniquement l'amélioration de la surdité ne dépasse pas 5 décibels, chiffre insuffisant pour qu'une surdité soit fonctionnellement améliorée. Les conclusions de W. Racine sont donc beaucoup moins encourageantes que celles des auteurs américains, aussi de nouvelles recherches nous semblent nécessaires pour juger définitivement de l'action de la prostigmine chez les sourds.

M. AUBRY.

La Sulfamidothérapie en otologie

Conclusions du rapport de MM. BOUCHET et LEROUX-ROBERT adoptées par la Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris. (Octobre 1943.)

I. — Sulfamidothérapie préventive des otites :
1° Elle n'évite pas l'éclosion des otites;
2° Elle rend souvent bâtarde l'évolution de l'otite.

II. — Sulfamidothérapie préventive des complications de l'otite :

1° Indications : *a*) les sulfamides ne doivent pas remplacer la paracentèse; *b*) les otites à symptomatologie moyenne ne doivent pas être sulfamidées ; *c*) les otites à symptomatologie bruyante doivent être sulfamidées (après paracentèse); *d*) les otites dont les signes ne cèdent pas après paracentèse doivent être sulfamidées.

2° Inconvénients : La sulfamidothérapie a l'inconvénient de rendre cliniquement latente l'atteinte mastoïdienne ou même les complications. D'où la nécessité dans cette éventualité d'une surveillance rigoureuse et, si possible, de contrôles radiographiques.

III. — Sulfamidothérapie curative des complications.

Mastoïdites : peu ou pas d'action sur l'ostéite.
Thromboses et septicémies : aucune action.
Méningites : action remarquable.
Complications encéphaliques : action favorable, mais risque de les rendre latentes.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

La porte d'entrée de l'ancien hôpital Ricord

MONUMENT HISTORIQUE

Contemporain du règne de Louis XVI, l'ancien hôpital du faubourg Saint-Jacques reçut dès l'origine une affectation très spéciale qui le différenciait des autres établissements récemment créés. Tandis que *Necker, Cochin* et *Beaujon* servaient de petits hôpitaux de paroisse sous le nom d'hospice de Saint-Sulpice et du Gros Caillou, hospice de Saint-Jacques-du-Haut-Pas et hospice Beaujon, celui-ci d'intérêt beaucoup plus général fut destiné uniquement au traitement des vénériens.

En descendant le boulevard de Port-Royal après la Maternité, on aperçoit sur sa droite, au 111, la silhouette familière d'un vieux bâtiment couvert par un toit aplati à deux pentes. Sur chaque face, un fronton triangulaire montre une corniche interrompue au centre pour permettre le rayonnement des claveaux de l'arcade du milieu. Les portes depuis longtemps fermées expliquent assez l'état de délabrement.

Les ouvertures du haut privées de fenêtres sont bouchées avec des pierres et le fronton de l'édifice a dû être étayé. L'autre façade, plus atteinte encore, montre une toiture à demi écroulée. Pour la voir, il faut entrer par l'hôpital Cochin, se diriger vers la clinique urologique et passer derrière le pavillon Albarran. La porte d'entrée de l'ancien hôpital Ricord, qui jusqu'ici n'était qu'inscrite sur l'inventaire supplémentaire des monuments historiques[1], est aujourd'hui « classée » grâce à M. P. Paquet, membre du Comité consultatif d'Architecture. Son rapport, approuvé par le service des Monuments historiques, signale que « cette porte est un curieux morceau d'architecture de la fin du XVIII[e] siècle, qu'il y a tout intérêt à conserver[2] ».

Depuis le 4 Février 1942, elle figure sur la liste des monuments historiques ; mais elle attend des jours meilleurs avant de pouvoir être entretenue ou restaurée, à moins que d'ici là un grave accident ne se produise.

Comme plusieurs de nos hôpitaux, celui-ci fut installé dans les bâtiments d'un ancien couvent appartenant à l'ordre des religieux réformés de saint François d'Assise. Etablis au faubourg Saint-Jacques depuis le début du règne de Louis XIII, les Capucins avaient fait de cette maison leur Noviciat. Ces bons moines étaient connus depuis longtemps dans le quartier pour composer une certaine eau miraculeuse qu'ils ne se privaient pas de recommander à l'occasion, et dont M[me] de Sévigné vantera l'usage auprès de sa fille : « Je vous prie, écrit-elle à M[me] de Grignan, de ne pas perdre cette eau des Capucins : c'est une merveille pour toutes les douleurs du corps, les coups à la tête et même les entamures[3]. »

Le 17 Septembre 1783 ils quittaient le faubourg Saint-Jacques pour se transporter à la Chaussée d'Antin. Supprimée à la Révolution, leur nouvelle maison fut transformée elle aussi en hôpital de vénériens, avant de devenir sous l'Empire le lycée Bonaparte, aujourd'hui collège Condorcet. Quant à leur chapelle, elle servit désormais d'église paroissiale sous le nom de Saint-Louis-d'Antin.

Le marquis de Breteuil eut alors l'idée d'utiliser leur ancienne maison du faubourg Saint-Jacques pour y placer des pauvres des deux sexes atteints de maladie vénérienne qui encombraient les hôpitaux.

C'est ainsi que l'ancien monastère des Capucins permit de réaliser immédiatement les dispositions de l'édit donné à Versailles par lettres patentes royales en Janvier 1785 ainsi conçu : « Voulons qu'il soit incessamment formé dans un des faubourgs de notre bonne ville de Paris un établissement gratuit et public dans lequel seront traités gratuitement les pauvres de tout âge de l'un et de l'autre sexe attaqués du mal vénérien et qui sont présentement admis et traités tant en la maison de Bicêtre qu'à l'hospice de Vaugirard... »



Porte d'entrée de l'ancien hôpital Ricord. *(Arch. phot.)*

Comparativement avec le passé, c'était déjà un progrès d'avoir séparé les enfants *gastez* des adultes. En effet, l'hospice de Vaugirard récemment créé sur l'initiative de Lenoir, lieutenant général de police, ne recevait que les enfants atteints de maladie vénérienne qui jusque-là étaient confondus avec les autres. On admettait également les femmes enceintes et les nourrices contaminées. A une époque où on ne parle encore que de « la maladie vénérienne » considérée comme une seule et même maladie, redoutée à l'égal de la lèpre, on ne s'étonne pas des dispositions spéciales prises à l'égard des vénériens. Elles apparaissent comme une mesure de police, presque un nouveau motif de « renfermement des pauvres » selon l'expression en cours au XVII[e] siècle, beaucoup plus que comme une nécessité de traitement.

N'en trouve-t-on pas la preuve dans cette phrase significative écrite au début du Premier Empire par Clavareau, architecte des hôpitaux : « Un hôpital des vénériens tient plutôt aux établissements de police d'une grande ville qu'à ceux des secours de bienfaisance[4]. »

Ainsi, le nouvel hôpital du faubourg Saint-Jacques était destiné, écrit Tenon, à recevoir « les pauvres de tout âge, de l'un et de l'autre sexe, frappés du même mal, de sorte qu'on aura désormais un hôpital spécialement affecté au traitement de la maladie honteuse »[5].

Initiative capitale, puisqu'elle marque le premier essai loyal de centralisation des malades, qui ne manquera pas d'être suivi dans les autres domaines. Tandis que les hôpitaux se vident peu à peu des innombrables vénériens qui les encombrent, les folies curables et les maladies de peau recevront elles aussi une affectation spéciale.

L'endroit était bien choisi pour accueillir tous ces malheureux : « Cet emplacement vaste, bien aéré, écrit Dulaure, a 8 à 9 arpents de superficie, dont la moitié forme les jardins de la maison. Il donne des deux côtés sur la campagne[6]. » Progrès évident sur les conditions d'hygiène de Bicêtre, et sans doute fort apprécié !

Après avoir subi les aménagements nécessaires pour l'approprier à sa nouvelle destination, la maison fut en état de recevoir ses nouveaux pensionnaires. Dulaure prétend qu' « en 1785 on y transféra d'abord les vénériens de Bicêtre, puis les nourrices et les enfants de l'hospice de Vaugirard ». Ce n'est pas probable, car Tenon, trois ans plus tard, lors de son inspection générale des hôpitaux, n'aurait pas manqué de faire des remarques à son sujet, or il y fait seulement allusion à propos de « l'hospice de Vaugirard qui, écrit-il en 1788, sera bientôt transféré au fauxbourg Saint-Jacques ». Ce n'est donc pas avant le 12 Mars 1792 que l'on peut placer l'ouverture de cet hôpital, mais en réalité pour bien des raisons motivées par les circonstances, et sans doute par la difficulté de rompre avec des habitudes acquises, c'est seulement en 1802 que l'on parviendra à exclure des hôpitaux les vénériens qui s'y trouvaient encore, tant dans les infirmeries de Bicêtre qu'aux *Petites Maisons*[7]. Il en résulta un afflux considérable de malades qui nécessita de grands travaux pendant quatre ans pour construire de nouvelles salles et installer des promenoirs séparés.

« Un bureau de réception ouvert à cet effet dans la cité, rue Saint-Christophe, écrit Clavareau, permit de recevoir 500 malades. »

L'église fut convertie en infirmerie, plus tard en salle de cours. L'Almanach impérial de 1808 nous apprend que « cet hôpital est consacré spécialement à la *guérison* des maladies vénériennes »[8]. Il est vrai que d'importantes innovations apportées cette année-là répandaient déjà la renommée de cette maison. Un traitement externe et gratuit commença à fonctionner avec un plein succès, puisqu'en moins de quatre ans on vit passer près de 5.000 malades. Aussi, pour satisfaire aux demandes des gens aisés en état de payer, fut-on obligé, dès le 1[er] Juillet 1809, de louer une maison attenant à l'hôpital et pouvant recevoir 60 pensionnaires. En 1813 le nombre des malades s'élevait à 269.

Sous Louis-Philippe, l'ouverture d'un deuxième établissement, réservé celui-là à l'usage exclusif des femmes atteintes de maladie vénérienne, apportait un nouveau progrès à l'organisation hospitalière. Créé par M. de Belleyme, préfet de police, dans une partie de l'ancien couvent des Cordelières, l'hôpital de Lourcine, aujourd'hui Broca, qu'il ne faut pas confondre avec l'ancienne maison de Lourcine affectée dès le XVI[e] siècle aux vénériens, fut en état de recevoir des malades dès le 28 Janvier 1836.

Libéré ainsi d'une quantité appréciable de pensionnaires, les femmes ayant toujours été plus nom-

1. Arrêté du 6 Avril 1929.
2. Archives des Monuments historiques. Procès-verbal. Séance du 1[er] Décembre 1941.
3. Lettre citée par M. A. PIGNOT. *Thèse de Paris*, 1885. *L'hôpital du Midi et ses origines.*
4. *Mémoires sur les hôpitaux civils de Paris*, 1805.
5. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, 1788.
6. Histoire de Paris.
7. Avant d'être l'*Hospice des Petits Ménages* transféré sous le Second Empire à Issy, l'établissement de la rue de Sèvres connu sous le nom de *Petites Maisons* recevait les fous incurables et les vénériens.
8. Page 801.

breuses, l'hôpital du Midi fut désormais strictement affecté aux hommes. A cette époque, et jusque sous le Second Empire, la porte que nous voyons aujourd'hui boulevard de Port-Royal s'ouvrait sur la petite rue des Capucins, qui s'élargissait devant l'entrée en formant une place plantée d'arbres appelée le Champ des Capucins.

Le marché des Capucins qui se tenait encore à cet endroit au milieu du siècle dernier prouve que le souvenir de l'ancien monastère resta longtemps attaché à ce quartier. En 1892 l'hôpital du Midi prenait le nom d'hôpital Ricord, pour honorer la mémoire du célèbre médecin qui se consacra à l'étude des maladies vénériennes, et dont la statue fut placée à l'entrée de l'établissement. Quand il fut englobé dans l'enceinte de *Cochin*, on lui donna le nom de *Cochin annexe*.

Outre la porte d'entrée, il nous reste encore quelques souvenirs de l'ancien hôpital, précieusement conservés dans le cabinet de la directrice[9].

C'est d'abord un « plan du couvent des R. R. P. P. Capucins de la rue Saint-Jacques, levé et dessiné sous le gardianat du R. P. Maximillien de Paris, par le Sr Delaistre, ingr du Roy, 1753 ».

Dans le bas, à gauche, un moine agenouillé sous une voûte montre la croix. La pièce la plus intéressante est une cloche avec son battant, provenant de l'ancien couvent et qui porte l'inscription suivante : « L'an 1723, le 27 Décembre, cette cloche a esté bénite et nommée Marie-Jeanne par Me Jean de Montboissier, comte de Canilliac, lieutenant général, capitaine des Mousquetaires du Roy et Dame Marie-Françoise Geneviève Ferrand, marquise Beaufort du Pont du Château. »

Parmi les quatre médaillons qui décorent le pourtour, l'un d'eux, plus important, représente une cloche soutenue par une branche de palme et de laurier entre quatre fleurs de lys, avec cette inscription : « JEAN TAUPIN MA FAIT. »

Signalons enfin dans le bureau du directeur de la maison de retraite de La Rochefoucauld un ensemble de six gravures dont l'une représente la porte d'entrée de l'ancienne maison des Vénériens. Il est juste d'attribuer le nom de Ricord à ce dernier vestige du vieil hôpital où le maître instruisit tant de générations de médecins.

Cet établissement marquait une date dans nos annales hospitalières, parce qu'il témoignait d'un réel effort en vue d'une organisation meilleure. C'est la raison pour laquelle il nous a paru légitime de le faire sortir de l'oubli. PIERRE VALLERY-RADOT.

Abel Françon

(1861-1944)

Abel Françon, qui vient de succomber dans sa 84e année, était une des grandes figures de l'hydrologie française.

Il appartenait à la famille médicale à la fois par son père et son beau-père. Le Dr Victor Françon, maire de Ruffieu (Ain), était vraiment le médecin de campagne du siècle dernier dans la magnifique acception du terme. Issu d'une longue lignée de praticiens, le Dr F. Vidal, inspecteur de l'établissement thermal d'Aix, était l'un de ces hommes qui ont créé de toutes pièces la médecine thermale.

Françon fit ses études de médecine à Lyon. Nommé premier de l'Internat en 1884, il fut l'élève de Fochier, Tripier, Lépine. Poncet, le collègue de Bouveret, Devic, Pic, Bard, Lannois : comme eux, il aurait pu suivre la voie des concours, car sa thèse sur les *Hépatites chroniques alcooliques et leur curabilité* témoignait déjà d'une singulière maîtrise. Son mariage en décida autrement et le fixa à Aix-les-Bains, où il fit toute sa carrière, de 1886 à 1943.

Grand, mince, le front découvert sous les cheveux en brosse, le geste vif, la parole brève, il avait l'air tout autant d'un officier que d'un médecin avec la courte moustache à l'américaine et la « mouche » à l'ancienne mode. Sa silhouette faisait vraiment partie de la vie aixoise, en particulier des Thermes, où, resté incroyablement jeune, on le voyait voler d'une division à l'autre, les basques de sa jaquette flottant derrière lui.

Dans son cabinet et son service hospitalier, il vit passer des malades de toutes les classes sociales et des 5 parties du monde.

Il a surtout travaillé pour ses malades et pour lui, et, à notre gré, une trop grande modestie l'a empêché de publier autant qu'il aurait été désirable : c'est dommage, car ses articles — le dernier est de 1941 — révèlent un grand esprit d'observation, une clarté d'exposition remarquable, un style clair et élégant comme l'était son écriture, exceptionnellement lisible pour celle d'un médecin. Mais, polyglotte émérite, il a rendu un grand service à la science internationale en nous donnant d'excellentes traductions des ouvrages de l'Allemand Auerbach, des Américains Mennel et Pemberton, des Anglais sir James Mackenzie, Llewellyn, Williams, Thomson et Gordon.

Très attaché à Aix, il y a joué un rôle capital comme président du Syndicat d'Initiative de 1920 à 1925, comme administrateur des hospices pendant plus de vingt ans. Dégagé de toute obligation militaire, il se dévoua en 1914-1918 dans les formations de la Croix-Rouge. Aux jours sombres de 1940, pressé de quitter sa ville qui allait être envahie, il refusa d'abandonner son poste. Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1921, chevalier de l'Ordre belge de Léopold depuis 1926. Il faisait partie depuis sa fondation du bureau de la Ligue Française contre le Rhumatisme.

Que son admirable compagne, que sa fille cadette qui lui avait voué son existence, que son fils et son gendre, les Drs F. Françon et R. Merklen, que ses malades et ses amis trouvent ici l'hommage de nos affectueuses condoléances. R.-J. WEISSENBACH.

Correspondance

La nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvés de réduire l'étendue de notre texte nous a amenés, dans notre « Question d'actualité » du 19 Février 1944, sur La Silicose, a écrire une inexactitude. Nous disions . « Les travaux du Congrès de Johannesburg, en 1930, aboutirent à une classification en 3 stades. » En réalité, cette classification était beaucoup plus compliquée. Ce sont Kemper, en Allemagne, et J. Magnin, en France, qui ont insisté les premiers sur le caractère simple et logique d'une classification de la silicose en 3 stades.

A. RAVINA et M. PESTEL.

Erratum

A propos de l'article de M. le Prof. DANIELOPOLU sur « Le choc paraphylactique acétylcholinique et le choc paraphylactique histaminique » *La Presse Médicale*, 9 Octobre 1943, no 38, 555-556 :

Dans le dernier paragraphe de cet article une erreur d'impression s'est glissée.

Au lieu de « *2 à 3 injections intraveineuses de* 1, 2, 3, 4 *mg. de sulfate d'atropine* » il faut lire « *2 à 3 injections intraveineuses de 1/2 à 3/4 de milligramme de sulfate d'atropine* ».

La dose *totale* qu'on peut injecter (en plusieurs doses fractionnées) ne pourrait jamais dépasser 2 mg. de sulfate d'atropine.

Livres Nouveaux

Les maladies des coronaires. L'Infarctus du myocarde, l'insuffisance coronarienne, par CH. LAUBRY et P. SOULIÉ. 1 vol. de 432 pages avec 136 figures. (*Masson et Cie, éditeurs.*) — Prix : 200 fr.

Il y a quelque vingt-cinq ans le diagnostic d'infarctus du myocarde n'était guère qu'un diagnostic de salle d'autopsie et on considérait cette lésion comme d'un pronostic fatal dans la quasi totalité des cas. Aujourd'hui c'est un diagnostic que les spécialistes posent volontiers et facilement et une lésion qui à leur sens n'implique plus une évolution nécessairement redoutable. Devant ce changement, le médecin qui n'est pas spécialiste reste un peu étonné et, bien souvent, très désireux de se faire une opinion personnelle sur cet intéressant et difficile sujet. Il ne pourra désormais donner mieux satisfaction à une aussi légitime curiosité qu'en lisant attentivement le livre que MM. Laubry et Soulié viennent de publier sur les maladies des coronaires. La question de l'infarctus du myocarde, de la thrombose coronarienne aiguë y tient naturellement une place prépondérante et MM. Laubry et Soulié en donnent une étude minutieuse qui s'attache d'abord à la description clinique de la forme classique puis envisage les autres formes : symptomatiques, compliquées, topographiques, associées, etc. La condition essentielle des progrès immenses réalisés dans ce chapitre de la cardiologie a été l'emploi de plus en plus étendu de l'exploration électro-cardiographique. On en trouvera ici un exposé, très documenté par de nombreux et excellents graphiques, pour la plus grande part personnels.

Quelque importante que soit la place légitimement donnée dans ce volume à l'infarctus du myocarde, cette lésion ne résume pas en elle seule, on le sait bien, toute la pathologie coronarienne et l'insuffisance coronaire, d'observation si fréquente, méritait l'important chapitre qui lui a été consacré et qui est suivi d'une description des syndromes coronariens secondaires.

Particulièrement intéressantes sont les pages qui traitent ensuite de la physiologie et de la pharmacodynamie des syndromes coronariens auxquelles font suite les chapitres d'anatomie pathologique et de thérapeutique, le volume ayant commencé, comme il s'imposait, par un rappel très complet des notions d'anatomie et de physiologie du système coronarien.

***

A s'en tenir au compte rendu que l'on vient de lire et dans lequel j'ai voulu seulement indiquer la coupe générale de l'ouvrage, on en aurait une idée bien imparfaite et même assez inexacte. Pour s'en convaincre il n'est que de lire les quelques pages de la remarquable introduction qui ouvre le volume et dans lesquelles MM. Laubry et Soulié ont montré les phases alternées de faveur et de défaveur par lesquelles est passée la question des coronarites dans la pathogénie de l'angine de poitrine. La hauteur de vue, la prudence mesurée, l'esprit judicieusement critique dont ils font preuve, on les retrouve dans les différents chapitres du volume, qu'il s'agisse de prendre parti dans une discussion de pathogénie, de critiquer une méthode de diagnostic, de situer à leur place légitime tant de travaux divers, et qu'il s'agisse surtout de peser les avantages et les inconvénients de telle ou telle méthode thérapeutique. Aussi bien ne fait-on que retrouver ici les qualités primordiales qu'on est dès longtemps accoutumé de rencontrer dans les dires et les écrits du représentant le plus qualifié, à l'heure actuelle, de la cardiologie française. Ce n'est dès lors faire preuve d'aucune prescience que d'estimer que ce remarquable volume sur les maladies des coronaires sera d'ici peu et pour un long temps un ouvrage classique.

PH. PAGNIEZ.

9. Nous adressons nos remerciements à Mme la Directrice de l'hôpital Cochin pour l'aimable accueil qu'elle a bien voulu nous réserver.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil national

Section dentaire

M. le docteur HULIN est désigné comme président de la section dentaire du Conseil national de l'Ordre des médecins.

***

Région parisienne

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE No 25 DU 30 MARS 1944.

Comité de coordination

Compte rendu succinct de la séance du 19 Mars 1944[1].

Dichotomie. — Il a été porté à la connaissance du Conseil national de l'Ordre que dans certains départements les pratiques de la dichotomie auraient tendance à reparaître. Il est rappelé que les prescriptions du Code de déontologie promulgué par le précédent Conseil supérieur demeurent toujours en vigueur (art. 6 et 23) ; elles seront du reste reprises dans le nouveau Code, actuellement soumis au Conseil d'Etat.

La Nomenclature générale revisée a été transmise au ministre de la Santé publique qui la fait actuellement étudier par ses services. Il faudra d'autre part que le ministère du Travail donne aussi son avis. Jusqu'à ce que les deux ministères se soient mis d'accord, il y a toujours lieu d'appliquer l'ancienne nomenclature.

Relèvement de l'indemnité kilométrique (art. 64) qui est fixé uniformément à 3 fr. par kilomètre effectivement parcouru (effet du 1er Janvier 1944).

L'application de la loi du 21 Décembre 1941, sur l'organisation hospitalière. — Cette loi réorganise entièrement la médecine à l'hôpital. Au moment où le règlement d'administration publique va entrer en vigueur, voici quelques passages d'une circulaire adressée par le secrétaire d'Etat à la Santé pour préciser et commenter certains passages de la loi.

Malades payants. — En attendant que paraisse la Nomenclature, les établissements ont intérêt à utiliser celle qui est prévue pour les Assurances sociales (arrêté du 7 Octobre 1938) en affectant les chiffres-clés 3,50 et 7 de coefficiens supérieurs pour les malades des 1re et 2e catégories. En dehors des prix de journée et des honoraires médicaux prévus par cette nomenclature, il ne doit être absolument rien réclamé aux malades.

Cliniques ouvertes. — Il convient de ne pas envisager actuellement l'installation de nouvelles cliniques ouvertes. La loi ne prévoit d'ailleurs leur création que si tous les besoins des indigents et des 3 catégories de payants ont été satisfaits : il est donc bien entendu que les Commissions administratives doivent, avant tout, faire porter leurs efforts sur l'organisation des services normaux de payants.

Les cliniques ouvertes doivent occuper dans les établissements des locaux séparés, afin de permettre une gestion distincte.

Comme les malades des hôpitaux, ceux des cliniques ouvertes payent le prix de journée et les frais de chirurgie ; aucune perception accessoire ne peut être exigée.

Il faut insister sur le fait que la clientèle de ces cliniques

1. Voir *La Presse Médicale*, **52**, no 7, 111.

ne saurait être recrutée parmi les assurés sociaux qui ne peuvent aller que dans les services de payants.

En principe tous les assurés sociaux et les victimes des accidents du travail doivent être soignés en 3e catégorie; toutefois, si la Caisse a passé une convention avec l'établissement aux termes de laquelle ses malades doivent être soignés en 1re ou 2e catégorie, elle rembourse en tenant compte du tarif effectivement payé par les intéressés. Si le malade a désiré spontanément aller en 2e ou 1re catégorie en dehors de toute convention passée avec la caisse, cette dernière n'aura à rembourser à l'établissement que le tarif en vigueur dans la 3e catégorie et la différence sera versée par le malade à la caisse de l'hôpital.

J'insiste beaucoup sur ce fait à cause des nombreuses réclamations qui ont été maintes fois formulées par les Caisses d'Assurances sociales.

Acquittement des frais. — Toutes dispositions doivent être prises pour renseigner les familles et les malades sur les charges qu'ils auront à assumer (affichage, etc.).

Dans tous les établissements où l'entente directe existe encore il doit y être mis fin immédiatement, conformément à l'article 32. Le remboursement des frais doit être, autant que possible, exigé à la sortie du malade, sauf cas exceptionnels dont la Commission est juge.

Consultations externes. — Une comptabilité spéciale doit permettre la discrimination entre la portion des honoraires qui doit être conservée par l'établissement et les sommes qui reviennent à l'ensemble des praticiens après déduction des frais de recouvrement.

La rémunération du personnel secondaire, ainsi que des frais de matériel doivent être compris dans ces dépenses.

Provisoirement, il y a intérêt à ne pas ouvrir de nouvelles consultations jusqu'à ce que soit définitivement fixé le statut du personnel médical.

Pour éviter de concurrencer les cabinets médicaux, le règlement a stipulé que sauf pour les indigents et certaines catégories de malades classés dans les « économiquement faibles », les tarifs devraient être sensiblement les mêmes que ceux qui sont pratiqués au cabinet du médecin. Il faut que n'importe quel malade puisse bénéficier des installations et des médecins des hôpitaux, mais non au détriment des praticiens chaque fois qu'il s'agit d'un malade ayant les moyens de payer. Pour éviter les récriminations justifiées du Corps médical, il y aurait donc avantage à relever immédiatement le tarif des payants.

Bulletin de l'Ordre. — Nous lisons dans une récente circulaire du Conseil national l'entrefilet suivant que nous jugeons utile de porter à la connaissance du public médical :

« Des circonstances indépendantes de notre volonté ont imposé à tous les périodiques des restrictions sévères ; c'est ainsi que le *Bulletin de l'Ordre des médecins* est réduit à 8 pages seulement par mois, le premier numéro ayant absorbé déjà le nombre de pages prévues pour 3 mois. Il n'est pas possible, dans de telles circonstances, de pouvoir garantir une périodicité régulière de notre *Bulletin*. Par ailleurs, et pour répondre à une question qui nous a été fréquemment posée, nous vous faisons connaître qu'une lettre du Groupement corporatif de la presse périodique générale, en date du 13 Octobre 1943, interdit d'une manière formelle, en vertu des pouvoirs qui lui ont été conférés, l'insertion dans le *Bulletin de l'Ordre* de tous articles comportant d'autres éléments que des décisions ou des actes officiels. »

Insignes des voitures automobiles. — Une circulaire en date du 2 Février 1941 adressée par le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur aux préfets interdit formellement sur les véhicules automobiles des médecins l'apposition du caducée comme de « tout insigne quelles que soient ses caractéristiques ».

***

Collège départemental de Seine-et-Oise

Nous extrayons les passages suivants de la lettre-circulaire que vient d'adresser le Conseil départemental de Seine-et-Oise à ses correspondants cantonaux :

« A la demande du directeur du Ravitaillement général de Seine-et-Oise vous recevrez, avec les certificats spéciaux pour le lait condensé du *mois d'Avril*, un nombre correspondant de cartes de lait concentré, sucré ou non, que vous voudrez bien répartir parmi les médecins traitants, en même temps que les certificats correspondants.

« Le médecin traitant devra remettre, pour chaque enfant auquel il jugera nécessaire d'attribuer du lait concentré, une carte de lait et établir, en même temps, le certificat sur lequel il indiquera, *d'une façon très exacte*, le nom, le prénom, *la date de naissance et le domicile de l'enfant*. Ces certificats devront être adressés *directement*, par les soins du médecin traitant, au service du *Ravitaillement général de Seine-et-Oise*, 6, rue Magenta, à Versailles.

« Chaque carte de lait devra être ensuite présentée par les parents du nourrisson à leur mairie pour y faire apposer le cachet de cette dernière, formalité indispensable à leur validité.

« Les cartes de lait seront toutes de 16 boîtes pour le lait sucré, et de 20 boîtes pour le lait non sucré. Les tickets pour les 4 boîtes supplémentaires, auxquelles auront droit les enfants de plus de 6 mois, seront adressés aux mairies par le Ravitaillement général, dès le reçu des certificats, *d'où l'importance de bien préciser la date de naissance et le domicile*.

« Cette nouvelle mesure a été adoptée pour éviter les discordances qui se sont produites dans certaines communes entre le nombre de certificats établis par les médecins et le nombre des cartes mises à la disposition des mairies.

Le Conseil de l'Ordre a estimé qu'il était du devoir et de l'intérêt des médecins de prendre entièrement en mains la distribution du lait concentré.

« D'autre part, dans sa séance du 26 Mars, le Conseil départemental a décidé que les certificats de lait concentré ne devraient être mis qu'à la disposition des seuls *médecins traitants;* qu'il n'y avait pas à faire de répartition spéciale pour les consultations de nourrissons ; les enfants nourris au lait condensé devant être des enfants malades relèvent par conséquent du médecin traitant et non de la consultation des nourrissons qui ne doit être que préventive et ne doit pas s'occuper de traitements.

« Une attribution supplémentaire ne pourra être faite aux médecins que pour les services hospitaliers d'enfants, les maternités, les crèches et les pouponnières, étant bien entendu que, même dans ces cas, l'attribution *est faite au médecin et non au service*.

« Les certificats et cartes non utilisés à la fin du mois devront être retournés au Ravitaillement général.

« Les médecins, correspondants cantonaux ou médecins traitants qui désireront être remboursés des frais de correspondance entraînés par ces mesures n'auront qu'à en adresser le relevé au Secrétariat du Conseil de l'Ordre. »

Conseil départemental de la Seine

Service médical de nuit

La Préfecture de police nous fait connaître qu'en attendant l'organisation d'un concours pour le recrutement de médecins du Service médical de nuit relevant de cette Préfecture, elle envisage la désignation de 10 médecins à titre temporaire.

Ces médecins, chargés des soins d'urgence, assurent une nuit de garde tous les 5 jours. Ils reçoivent une vacation de 230 fr. par nuit de garde (cette somme sera portée prochainement à 300 fr). Une automobile est mise à leur disposition.

Les demandes doivent être adressées au Conseil de l'Ordre, 242, bd Saint-Germain, Paris-7e, qui est chargé de donner son avis sur cette nomination temporaire.

Circulation durant les alertes

En raison des difficultés que rencontrent les confrères dans leurs déplacements durant les alertes, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé de mettre à leur disposition un brassard, insigne qui leur supprimera les trop nombreux arrêts qu'ils doivent subir.

Le Service de la Défense passive a donné son accord. Ces brassards ne peuvent être remis qu'aux médecins en possession du « laissez-passer d'alertes ».

***

LOI N° 105 DU 7 MARS 1944 PORTANT

organisation des services médico-sociaux de la main-d'œuvre

Les éléments des services médicaux, sociaux et pharmaceutiques rattachés au secrétariat d'Etat au Travail, en application de la loi du 1er Mai 1943 portant réorganisation des services chargés du reclassement et de l'utilisation de la main-d'œuvre, sont regroupés sous le nom de *services médico-sociaux de la main-d'œuvre*.

Sous l'autorité du secrétaire général à la main-d'œuvre et conformément à la doctrine élaborée par le Comité permanent de la médecine du travail, les services médico-sociaux de la main-d'œuvre assurent sur le plan médico-social :

La préparation et l'exploitation du fichier physio-pathologique de la main-d'œuvre;

La sélection, le placement, la répartition rationnelle et le reclassement des travailleuses ou travailleurs *suivant leurs aptitudes physiques au travail ;*

L'orientation des travailleurs provisoirement inaptes au travail vers les Centres de prévention, de traitement ou de cure et des travailleurs physiquement inaptes à tout travail vers les institutions d'assistance ;

La surveillance des Centres de reclassement, de rééducation ou d'assistance par le travail.

Et, en liaison étroite avec les services de la Santé publique:

La protection de la santé des travailleurs dans les formations de la main-d'œuvre contrôlée (jeunes travailleurs de la main-d'œuvre encadrée ou des chantiers forestiers, travailleurs de la main-d'œuvre étrangère, de la main-d'œuvre indigène nord-africaine ou coloniale).

Les services médico-sociaux sont, d'autre part, chargés de résoudre, sur le plan médical et médico-social, tous les problèmes posés par les mouvements de la main-d'œuvre, et de participer au reclassement des prisonniers rapatriés.

Les services médico-sociaux de la main-d'œuvre, placés sous la direction d'un médecin inspecteur général de la main-d'œuvre, comprennent: un service central, des services régionaux placés sous les ordres de médecins inspecteurs régionaux responsables, des services départementaux comprenant les médecins inspecteurs de la main-d'œuvre ou les médecins des offices du travail.

***

— Un décret n° 651, du 7 Mars 1944, a fixé le statut et les conditions de rémunération du personnel des services médico-sociaux de la main-d'œuvre. Outre ce personnel, il pourra être fait appel au concours de médecins sélectionneurs rémunérés par vacations.

Commission permanente du Codex

Sont nommés *membres correspondants* de la Commission, pour une durée de 3 ans :

MM. ASTRUC (Montpellier), BALATRE (Lille), BEDEL (Paris), BOSVIEL, BOUVET, BOULANGER (Lille), BUGNARD (Toulouse), BONNEFOY (Paris), BOIVIN (Garches), BRUÈRE, BRUSTIER (Toulouse), CAUJOLLE (Toulouse), CORDIER (Strasbourg), CHAMBON (Lyon), André CHOAY (Paris), CUNY (Paris), CHEYMOL (Paris), CHELLE (Bordeaux), COURTOIS (Paris), DANIEL-SENAC, DOLIQUE (Montpellier), DEHAY (Lille), DUJARRIC DE LA RIVIÈRE (Paris), DUBOULOZ (Marseille), FANDRE, GUILLAUME (Strasbourg), GOLSE (Bordeaux), Ch.-O. GUILLAUMIN (Paris), GUILLAUMEZ (Paris), GUILLOT (Paris), HERVIEUX (Toulouse), JAULMES (Montpellier), JUILLET (Montpellier), JUSTIN-BESANÇON (Paris), A. KLING (Paris), LESPAGNOL (Lille), LEPOUTRE (Lille), LAFAILLE (Paris), LABAT (Bordeaux), MEUNIER (Nancy), MANCEAU (Lyon), MERCIER (Marseille), PREVEL, PENCIOLLELI, POLONOWSKY (Paris), PAGET (Lille), PONTHUS (Lyon), RAVAUD, REVOL (Lyon), ROCHE (Marseille), Mme RANDOIN (Paris), MM. RONCHÈSE, RAQUET (Lille), SÉNÈQUE (Paris), SAVY (Lyon), TAPERNAUX (Lyon), VITTE (Bordeaux), VINCENT (Toulouse), WILMOTH (Paris).

(*J. O.*, 27-28 Mars 1944.)

Université de Paris

Clinique obstétricale Tarnier. — LEÇON INAUGURALE. — Le professeur PIERRE LANTUÉJOUL fera sa leçon inaugurale au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le mardi 25 Avril 1944, à 18 heures.

Il continuera son enseignement à la clinique obstétricale Tarnier les mardis et samedis de chaque semaine à 10 h. 30.

Un cours de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur sera fait par le professeur PAUL MATHIEU avec la collaboration de MM. WILMOTH, agrégé à la Faculté; GÉRARD-MARCHAND, PADOVANI, BOUDREAUX, chirurgiens des hôpitaux, et Marcel LANCE. Répétitions opératoires par MM. les docteurs DEBEYRE et CHAMPEAU, prosecteurs.

Ce cours aura lieu du 24 Avril au 6 Mai 1944, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, à 14 h. 30. A la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu sous la direction des Prosecteurs, à l'Ecole pratique, à 15 h. 30.

Des séances opératoires auront lieu le matin à 9 h. 30 dans le service de la clinique de chirurgie orthopédique Cochin.

Leçons théoriques publiques. S'inscrire pour les démonstrations opératoires au Secrétariat de la Faculté (300 fr.). Les internes en exercice sont dispensés de ces droits.

Clinique ophtalmologique. — M. le Prof. agrégé RENARD, avec la collaboration de MM. GARCIN et TURPIN, de M. OFFRET, ophtalmologiste des hôpitaux, et de M. DAVID, fera une série de cours sur des sujets ophtalmologiques d'actualité chaque vendredi à 11 h., à partir du 21 Avril. Ces leçons auront lieu à l'amphithéâtre Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Prix de la Faculté de médecine. — Les prix suivants ont été attribués :

Prix Barbier, 1942 (3.000 fr.) : M. GOUGEROT fils.
Prix Béhier (3.000 fr.) : M. NICK.
Prix Bernheim (800 fr.) : Mlle KAHN.
Prix Châteauvillard (2.000 fr.) : M. A. RAVINA.
Prix Jeunesse [Hygiène] (2.000 fr.) : M. BESNIER.
Prix Lacaze (20.000 fr.) : M. J. DELARUE.
Prix Rigaut (600 fr.) : M. CALOP.

Universités de Province

Faculté de médecine de Bordeaux. — Mlle ROUGER, assistante, est chargée des fonctions de chef de travaux de physiologie.

Faculté de médecine de Marseille. — ATTRIBUTIONS DES PRIX ET MÉDAILLES (1942-1943). — *Médaille d'or des professeurs* : Médecine : Dr J. Robert ; Pharmacie : M. J. Mercier. *Prix Jules et Louis Jeanbernat* : Dr J. Grisoli.

Prix de thèse : Médecine : Méd. argent, M. J. Pierron ; Méd. bronze, Mme Deferre, M. Ch. Delanoe. — Chirurgie : Méd. argent, M. R. Roche; Méd. bronze, MM. Dieulangard, Labastié. — Biologie : Méd. argent, M. J. Grisoli ; Méd. arg. Pharmacie, M. G. Deltour ; Accessit, M. P. Ponsoye. — Pharmacie : Méd. argent, Mlle A. Laurens; Méd. bronze, Mlles Griscelli et Tredez. — Doctorat d'Etat (Pharmacie) : Méd. bronze, Mlle Baudoin.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. AIMES, professeur sans chaire, est nommé professeur de clinique gynécologique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. VERMELIN, agrégé libre, est nommé professeur de clinique obstétricale (M. Fruhinsholz, retraité).

Hôpitaux et Hospices

Trois conférences de perfectionnement de pharmacie de Paris auront lieu à l'amphithéâtre d'Urologie de Necker-Enfants-Malades le dimanche à 10 h.

Réunissant en un exposé pratique un ensemble de connaissances sur les questions les plus actuelles de la thérapeutique et de la biologie, elles ont pour but de faire collaborer plus utilement les internes en pharmacie avec leurs chefs de service et de faire apparaître l'importance de leur rôle dans les services hospitaliers.

14 Mai, Prof. G. Valette : L'examen microscopique des matières fécales (avec projections). — 11 Juin, M. R. Cavier : Les éléments figurés du sang à l'état normal et pathologique (avec projections). — 9 Juillet, Prof. Janot : Les substances microbiennes d'origine fongique. La pénicilline.

Une *démonstration de technique radiographique des sinus de la face et des mastoïdes* aura lieu au service d'électroradiologie de l'Hôtel-Dieu le jeudi 27 Avril, sous la direction de MM. Marcel JOLY, chef de service et GAUILLARD, chef adjoint.

Hôpital Broussais-La Charité. — Le docteur AUBIN, oto-laryngologiste de l'hôpital Broussais, fera dans son service, le 3e et le 4e lundi de chaque mois, à 11 heures, une leçon clinique avec présentation de malades. La dernière leçon aura lieu le 3 Juillet.

Traitements du personnel administratif des Hôpitaux publics. — Le *J. O.* du 12 Avril 1944 (p. 1053) publie un arrêté fixant les taux de ces traitements pour les directeurs, directeurs-économes, sous-directeurs, économes, sous-économes.

Traitements des pharmaciens des Hôpitaux et Hospices publics. — Le *J. O.* du 12 Avril 1944 (p. 1053) publie les taux des traitements (6 classes, de 34.000 à 56.000 francs). A ces traitements s'ajoutent le supplément provisoire et l'indemnité de résidence. Seuls peuvent accéder à la 1re classe les pharmaciens en fonctions dans la Seine et Seine-et-Oise.

Concours et places vacantes

Médecins des Hôpitaux de Paris. — ADMISSIBILITÉ CLINIQUE. *Jury définitif* : MM. Grenet, Faure-Beaulieu, Louis Ramond, Chabrol, Tinel, Huber, Donzelot, Alajouanine, Coste, Lamy, Justin-Besançon, Degos.

Chefs de Laboratoire de Chimie biologique des Hôpitaux de Paris. — (3 places) ont été nommés : MM. MOREL, FABRE et GERMAN.

Prosectorat. — Un concours pour 4 places dont une pour un an s'ouvrira le 2 Mai 1944, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris. Les aides d'anatomie en exercice sont seuls admis à ce concours. Inscription jusqu'au 21 Avril.

Adjuvat. — Un concours pour 8 places d'aide d'anatomie titulaires dont 4 à titre provisoire s'ouvrira le 1er Mai 1944, à midi, à la Faculté de Médecine de Paris.

Internat en médecine des hôpitaux de Paris 1943. — CLASSEMENT DES 98 CANDIDATS REÇUS INTERNES : 1. MM. Cl. Houdard, Fr. Contamin, R. Chevillotte, R. Tourneur. Cl. Frileux, L. Guéraud, P. Tournebœuf, P. Sarrazin, H. Robert, D. Hans, C. Ferry, H. Boissière, G. Fourdinier, J. Lamy-Robert, L. Satge, G. Mazars, M. Léger, G. Rousseau, P. Pichot,

20. Mlle Chr. Garnier, MM. Ph. Monod-Broca, B. Pertuiset, J. Faurel, G. Viollet, Alb. Gauchy, J. Bonnette, J. Combet, D. Chardin, Mme M. Guinard, née Bourgeois, MM. P. Burgot, D. Christol, H. Prévost, L. Michon, M. Fournier, Y. Suquet, J. Bruezière, O. Gaulard, Ch. Perraudin, J. Le Bourg.

40. MM. M. Houssay, J. Lafourcade, J. Poulet, Alf. Forgeois, R. Weber, R. Périer, J. Nebout, J. Mouret, Fl. Delbarre, G. Decroix, M. Merlier, A. Sainrapt, Fr. Darnis, J. Delater, J. Canivet, J. Galey, Fr. Dessertenne, Cl. Pellot, A. Pièrart, Mlle H. Aïtoff.

60. MM. J. Robin, R. Aurousseau, R. Pichon, M. Rathery, R. Maigne, M. Mouzon, Chr. Sors, P. Guinard, R. Bailly, Y. Bourdy, M. Sibertin-Blanc, J. Guillemart, Fr. Lhermitte, J. Millot, X. Maurin, M. Alison, P. Bénézech, H. Richard, J. Chevrolle, Alb. Cœuilliez.

80. MM. J. Hartmann, P. Delagarde, R. Tola, L. Hartmann, J. Roujeau, L. Arnaud, Mme Pillet, née Savaton, MM. J. Lallemand, M. Poirier, A. Leddet, J. Carraud, S. Tchekhoff, J. Reymond, J. Gross, H. Muler, R. Spriet, R. Hourtoulle, J. Jacquemin, G. Kbrat.

— CLASSEMENT DES 62 CANDIDATS REÇUS *externes en premier* : 1. MM. H. Meker, Cl. Faure, R. Flurin, J. Lamy-Robert, D. Œconomos, J. Bouffard, G. Cerbonnet, P. Larget, J. Dubray-Vautrin, J. Dubrisay, H. Adam, R. Legrand, J. Pillois, Ed. Coffin, Cl. Lapresle, P. Berthaux, M. Tiret, F. de Ponton d'Amecourt, L. Zadikian.

20. MM. R. Duval, M. Dumas, G. Chapuis, M. Bleibtreu, J. Meininger, L. Mariette, H. Wissa-Wassef, J. Gougeon, J. Crosnier, B. Woimant, H. Cresson, R. Legendre, P. Rongier, P. de Person, R. Chevret, H. Lenormand, R. Meary, M. Bourel, Cl. Couinaud, J. Raynaud.

40. MM. J. Amondruz, P. Desvignes, Y. Lallemant, A. Cambessédès, Mlle M. Larmoyer, MM. J. Martin, P. Renault, P. Bour, P. Vaujour, L. Lemerre, M. Lemaire, H. Solignac, Y. Pilven, J. Daffos, M. Nicol, G. Lacronique, P. Hatt, J. Trelat, J. Duhamel, H. Dessus.

60. MM. J. Pinel, J. Laham, Et. Bernier.

Internat de la Maison de Saint-Lazare. — (MARS 1944). RÉSULTATS DU CONCOURS : *Internes titulaires :* MM. Leca, Blaut, Guibert, Siboulet. — *Internes provisoires :* MM. Latrabe, Bureau, Gombert, Bataillard, Joubert, Hénoch.

QUESTIONS POSÉES. — *Ecrit :* Arthropathies tabétiques. Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. Zona. — *Oral :* Diagnostic des roséoles.

Sanatorium de Chevilly (Seine). — Une place de médecin assistant et une place d'interne seront disponibles prochainement. Adresser les candidatures par lettre au docteur Chadourne, Chevilly (Seine).

Internat en médecine à l'Hospice départemental Paul-Brousse, à la Section hospitalière de l'Institut du cancer et à la Maison de retraite de Villejuif. — Un concours pour 5 places de titulaires, et éventuellement la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira le 19 Juin 1944.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 233, du 1er au 13 Mai inclus.

Internat des hôpitaux d'Orléans. — Un concours pour 3 places aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans le 3 Juillet 1944, à 9 heures.

S'adresser à la Direction régionale de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Hôpital psychiatrique de Pulet à Agen. — Une place d'interne en médecine est libre immédiatement. Nourriture, logement, 7.200 fr. par an. Conditions requises : Français, aryen, 16 inscriptions. Ecrire au directeur.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION

M. le docteur Pierre RIOU, chirurgien à l'hôpital de Nantes. A trouvé la mort à l'Hôtel-Dieu de Nantes au cours du bombardement du 16 Septembre 1943, dans l'accomplissement de son devoir de médecin.

LÉGION D'HONNEUR

Officier : M. JEAN PETEL, de Calais.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Médaille de vermeil (à titre posthume) : M. A. LYARDET, de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, Paris ; M. P. FRAIMBAULT, médecin principal, chef de la province du Haut-Donnaï (Indochine).

Médaille d'argent. — Médecin chef de 2e classe A. HÉRIVAUX, médecin principal F. MONTALIEU ; médecins de 1re classe G. MARCAT, V. REYNES ; médecin principal de l'Assistance médicale L. BAOCIALONE ; médecin principal de l'Assistance DANG PHAN (tous de Haïphong).

Médaille d'argent (à titre posthume) : Médecin indochinois de 3e classe de l'Assistance médicale (Dalat).

Médaille de bronze : Médecin de 1re classe M. BLANC (Haïphong), médecin contractuel VO DUY TRUONG (Haïphong), médecin indochinois principal de 3e classe NGUYEN DANG PHONG (Haïphong).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame VERHEGGEN sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Pierre*. (Paulhan, le 26 Mars 1944.)

— Le docteur ROBERT CABASSON et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Françoise*. (Marseille, 25 Mars 1944.)

— Le docteur et Madame LUCIEN MAUSSION sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jacques*. (Paris-17e, 29 *bis*, rue Pierre-Demours, le 5 Mars 1944.)

— Alain et Marie-Joëlle NANSOT ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Yves-Loïc*. (De la part du docteur et de Madame NANSOT, Cossé-le-Vivien [Mayenne], le 16 Mars 1944.)

— Fanny est heureuse d'annoncer la naissance de son petit frère *Bernard*. (De la part du docteur et de Madame Jean MARCELLE-CHEVY, Lécluse [Nord], le 21 Mars 1944.)

— Monsieur Jacques VAST et Madame le docteur Geneviève VAST, née Dumont, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Marie-Jeanne*. (Mignovillard [Jura], le 27 Mars 1944.)

— Le docteur et Madame Georges VALLADE sont heureux d'annoncer la naissance de leur 2e fille, *Francine*. (Osséja [Pyrénées-Orientales, le 10 Mars 1944.)

— Le docteur et Madame Yves-Marie VESVAL sont heureux de faire parr de la naissance de leur fille *Adine*. (Granville, 18, rue des Juifs, le 27 Février 1944.)

— Le docteur et Madame Jean ESCOUBÈS sont heureux d'annoncer la naissance de leur 6e enfant, *Anne*. (Evian, le 23 Février 1944.)

— M. Pierre-Yves PALEY, interne des hôpitaux de Paris, et Madame, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Dominique*. (Paris, le 30 Mars 1944.)

— Le docteur et Madame Victor BORJA, née Elisabeth Van de Gevel, sont heureux de faire part de la naissance de leur 2e fils, *Michel*. (Noyon, le 7 Mars 1944.)

— Le docteur et Madame Jean THOYER-ROZAT sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Marie-Christine*. (Paris, le 21 Mars 1944.)

— Françoise, Jean-Pierre, Michelle FAYET ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Odile*. (Oulchy-le-Château, 9 Mars 1944.)

— Brigitte est heureuse d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Elisabeth*. (De la part du docteur et Madame G. TOP, Laon-Plage [Nord], le 22 Mars 1944.)

Mariages.

— Le docteur Jacques BONNECAZE, chirurgien à Sens, et Madame ont le plaisir de faire part du mariage de leur fille *Michèle* avec Monsieur Jacques BOUTY.

— Le professeur Hippolyte SURMONT, de Lille, et Madame, le docteur et Madame Albert BENOIT ont l'honneur d'annoncer le mariage de leur fils MICHEL BENOIT, externe des Hôpitaux de Marseille, avec Mademoiselle Geneviève MINGARDON. (45, rue du Maréchal-Joffre, St-Germain-en-Laye [S.-et-O.].)

Décès.

— On annonce le décès, à Neuilly-sur-Seine, à l'âge de 81 ans, du professeur H. SURMONT, de Lille, père du docteur Jean SURMONT, radiologiste des hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès de M. FRANÇOIS BARRAL, président, directeur général de la Société parisienne d'Expansion chimique, survenu à Paris le 18 Mars 1944.

— On annonce le décès de M. CALOT, de Berck ; du docteur Ch. GIRODE, chirurgien de l'hôpital Laennec ; du docteur René COUVREUR, de Paris.

— Celui du professeur Pierre CORDIER, de Lille ; du professeur V. CORDIER, de Lyon.

— A Saint-Leu-la-Forêt, celui de M. MACAIGNE, professeur agrégé, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

A céder, cause décès, cab. ophtalm., condit. opérat. assurées, consult. à l'extér. Mme Pantel, 22, r. d'Avéjan, Alès (Gard).

A vendre salon soierie, piano noyer, baignoire neuve émail. Convient à Dr. Ecr. *P. M.*, n° 515.

Phtisiologue, grosse pratique des sections d'adhérences, ch. sit. préfér. région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 522.

Infirmière, 7 ans dispensaire, 9 mois assistante radio, dactylo, tr. bonne éducat., ch. sit. de préférence auprès Dr spécialiste pour enfants, Paris. Ecr. *P. M.*, n° 560.

Confrère sinistré ch. appart. 3 à 5 p. Paris. Pourrait donner en éch. 2 p., cuis., bains, Ternes. Ecr. *P. M.*, n° 581.

Vends C. intér. 4 pl. Renault Celtaquatre état neuf ; pneus 130 × 40, jambières moto. Ecr. *P. M.*, n° 582.

Achéterais clinique Paris. Ecr. *P. M.*, n° 583.

Infirmière manipulatrice radiologie, tr. expérimentée, dact., cherche place chez radiologue. Ecr. *P. M.*, n° 585.

Infirmière dipl. C.-R. F., 15 a. prat., ex-gérante clin., au cour. s. o. stérilis., manipul. radio, secrét., stén.-dact. ch. sit. stable ch. Dr, Labo ou direct. clin., bon. réf. Ecr. *P. M.*, 592.

A vendre microscope Leitz monoculaire, tr. bon état, 4 obj. dont immersion 1/2, 4 ocul., chariot mouvements rectangulaires. Ecr. *P. M.*, n° 598.

Médecin propharm., rég. strictem. agricole, 80 k*m*. Paris. Tr. gr. rapp. A céder av. installat. et mobil. Px une année. Mais. tt confort. Loyer 8.000 comptant. Ecr. *P. M.*, n° 602.

Laboratoire Hinglais, 30, rue Miromesnil, Paris, rech. vénules tous modèles pour prélèvements.

Maison Santé Accouchem. Paris rech. employée qualifiée, second. direction, économat, surveill. gén. Ecr. réf., prét. Serv. des Employés, 2 *bis*, r. de la Jussienne, Paris. Visa 07.999.

Confrère, 30 ans, ferait remplacement ou assistance région parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 633.

A vendre : App. urol., tables, microsc. Zeiss, cystoscopes, Poupinel, vitrine, etc. Bureau ministre ét. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 640 ou téléph. Wag. 59-18.

Dr banlieue proche, tr. au cour., ch. aides opér. chir. un jour semaine. Ecr. *P. M.*, n° 641.

Vends microscopes Leitz mod. anc. mais exc. état obj. 2-4-1/16, ocul. 2-3-5 ch. claire. Stiassnié bon état, obj. 3-7-1/15, ocul. 1-3. Ecr. *P. M.*, n° 642.

Ménage, références Assistance Publique, ch. poste concierges gardiens, ou réception ds clinique, dispensaire, Labo, ou autres à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 643.

Aide bactériol. dipl. et réf., ch. trav. apr.-midi. *P. M.*, 644.

A céder client. méd. gén., Paris-20e. Ecr. *P. M.*, n° 645.

Demandons agents exclusifs dégagés du S. O. T. Bonne présent. Bonne instruction, pour visites médicales. Service des Employés, 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa n° 8.039.

A vendre hôtel particulier av. 1.200 *m*. terrain, pouvant convenir clin. accouchem. ou Labo 14e arr. Ecr. *P. M.*, n° 647.

Visiteur médical d'un des 1ers Labo de Paris, introd. dep. 18 ans aupr. des prat. de la banl. Seine, S.-et-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. un Labo pour ce secteur. Ecr. *P. M.*, n° 648.

Cherche obj. immers. 1/15, b. état. Lab. Dr Chavarot, Troyes.

A céder client. quart. 18e arr., 150.000 compt. *P. M.*, 650.

Microscop. Spencer U. S., 3 obj. immersion 18 Na, ocul. 6.10-2 Mir. plan. concav. condens. Ecl. fond noir. Ecr. C. Bouissonade, 54, r. Bondy, Paris-9e.

A vendre table d'examen gynécologique, bon état. Riault, 59, rue Boileau, Paris-16e.

A céder pour raison santé pouponnière autorisée, conviendrait à infirm. en puériculture ou sage-f. Ecr. *P. M.*, n° 653.

Visiteur médical, médecine infant., ch. Labo (exclusivité si demandée), visiterait médecins enfants, sages-femmes, pouponnières et hôpitaux Paris et Seine. Ecr. *P. M.*, n° 654.

A vendre appar. diather. 3 amp. av. access. *P. M.*, 655.

A vendre canadienne doublée molleton, col fourrure, neuve, grande taille. 4.000. Ecr. *P. M.*, n° 656.

A vendre : commut. 110 v., 3.000 t., 8 a. ; app. diath. à éclat. 5 amp. ; 1 app. U. V. cont. 220 et 110 v. ; app. à I. R. 220 v., ; brûl. à vap. merc. p. U. V. cont. ; 1 pantost. Toury cont. 220 v. ; 1 app. Bergonié (obésité) ; 1 gr. pied porte-amp. thér. ; 1 parav. plombé. Ecr. *P. M.*, n° 657.

A vendre : 1 appareil radiodiagnostic R. H. R. av. accessoires. Ecr. *P. M.*, n° 658.

A vendre app. radiogr. Micro-Securic-1941, support standard, table-châssis bois, écran 40 × 40, matériel radiogr. av. développ. vertic. compl., état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 659.

Voyageur visit. médec. et dent. Sud-Ouest et Centre, ch. carte matér. médic.-chirur. et bons Labos. Ecr. *P. M.*, n° 660.

Achéterais appar. radioscop.-graphie récent. mod. médic. prat. ou app. portatif. Ecr. *P. M.*, n° 661.

Dame Vve disting., famille docteurs, dés. occup. ch. Dr ou dentiste récept. client. à Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 662.

Médecin, 43 ans, recherche bon poste campagne, préférence montagne rég. S.-O., Aude, Ariège. Donnerait bonne indemnité cession. Ecr. *P. M.*, n° 663.

Chirurgien, A. I. H., ch. poste dans clinique ou hôpital. Ferait remplacement de longue durée. Ecr. *P. M.*, n° 664.

Vélomoteur Peugeot B. M. A. 100 cm^3 1939. Pneus avant-guerre intacts, ayant roulé 150 k*m*. S'ad. M. Philippe Dauchez, 14, rue Saint-Guillaume, Paris-6e. Tél. : Littré 72-61.

Inf. dipl. Etat ch. sit. secrét. méd. instruction secondaire, allemand. Recommandée par confrère. Ecr. *P. M.*, n° 666.

On demande une laborantine pouvant faire des coupes histologiques et un chimiste voulant faire un travail de recherches. Service des Techniciens, 2 cité Milton, Paris. Visa n° 07.766.

Clinique province recherche infirmières diplômées et Croix-Rouge pour hospitalisation et bloc opératoire. Sérieuses références exigées. Office du Travail, 12, rue du Petit-Potet, Dijon. Visa n° 07.696.

Demande préparatrice bactériologiste diplômée connaissant technique ampoules vaccins pr Labo Paris. Référ. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.740.

A céder, après décès, clientèle chirurg., gros chiffre, banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 670.

Sténo-dactylo sachant parfaitement anglais et allemand, tr. au courant termes médicaux, ch. empl. mi-temps ou trav. à domicile ; possède machine. Ecr. *P. M.*, n° 671.

Jne femme, infirmière, dip. d'Etat, connaiss. b. anesth. et secrétar., dipl. d'Educ. phys., ch. sit. ch. méd. ou chir. ou ds établissem. s'occupant de l'enfance. Ecr. *P. M.*, n° 672.

A vendre vitrine laquée blanc, 130 × 35 × 70, sur pieds de 30 c*m*., 3 étagères, glace. Ecr. *P. M.*, n° 673.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de L'Illustration, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA MYCOTHÉRAPIE DES INFECTIONS MICROBIENNES

Par **C. LEVADITI**
(Paris)

Depuis la découverte, par Domagk, Mietzsch et Klarer, du premier azoïque sulfamidé doué de propriétés thérapeutiques antimicrobiennes, nous sollicitions sans cesse les chimistes afin qu'ils mettent à notre disposition de nouveaux composés efficaces. Il en résulta l'utilisation pratique, éminemment polyvalente, des sulfamides substituées (sulfapyridine, sulfathiazol, etc.). Mais voici qu'une autre voie s'est ouverte. Ce ne sont plus les chimistes, mais la nature, et, en particulier, certains champignons, qui se chargent de la synthèse de principes microbicides, appelés, peut-être, à agir là où les sulfamides échouent.

On savait que le *Sparassis ramosa,* moisissure parasite du bois, élabore un dérivé phénolique, antagoniste du *Merulus lacrymans* (hydroxy-2-méthoxy-4-méthyl-6-benzoate de méthyle). On connaissait l'activité bactéricide de la *Pyocyanine,* sécrétée par le B. pyocyanique, qui, à l'exemple de la *Chlororaphine* (produite par le *B. chlororaphis*) offre une constitution se rapprochant de celle de la phénazine [Mc Ilvain (2)]. Or, un champignon saprophyte, le *Penicillium notatum,* vient de se révéler producteur d'une substance bactériostatique et microbicide agissant intensément *in vitro* et, dans certaines conditions, dans l'organisme vivant. Il s'agit de la *Pénicilline,* qui n'est d'ailleurs pas le seul produit actif sécrété par des moisissures ou des microbes.

I. — Pénicilline.

Découverte de Fleming (3). — Elle fut fortuite. Des plaques de gélose, utilisées pour l'étude des variations du staphylocoque, se contaminent par une moisissure (*Penicillium notatum*). Or, au voisinage de cette moisissure, les colonies de staphylocoque deviennent vitreuses et se lysent. Fleming étudie ce *Penicillium* et constate qu'il élabore un principe bactériostatique, lequel agit *in vitro* sur le staphylocoque et sur d'autres bactéries et cocci pathogènes (B. diphtérique, streptocoque, pneumocoque, gonocoque, méningocoque, etc.), alors que ce principe, la « Pénicilline », est inactif sur bon nombre d'autres germes (en général Gram-négatifs). La pénicilline est soluble dans l'alcool, filtrable, thermolabile, plus stable à *p*H 6,8; sa production s'accroît en présence de glucose et son activité peut être dosée, soit dans le tube à essais, soit sur plaques de gélose [diffusion] (taux oscillant entre 1/500 et 1/800).

Confirmation. — Cette découverte fut d'abord confirmée par Chain, Florey, Gardner, Heatley, Jennings, Orr-Ewing et Sanders (4) et, ensuite, par Abraham et ses collaborateurs (5). Le *Penicillium notatum* est cultivé sur le milieu de Czapek-Dox, additionné éventuellement d'extrait de levure. Au bout de vingt-quatre heures à 24°, la moisissure se développe sous l'aspect d'une pellicule feutrée blanche, et donne, entre le quatrième et le cinquième jour, une pousse abondante bleu violet, laquelle devient bleu verdâtre le sixième ou le septième jour. Le maximum de l'élaboration correspond à *p*H 7. A signaler la condensation, à la surface de la culture, de gouttelettes jaunes, à pouvoir microbicide particulièrement élevé. Suivant Challinor (6), si l'on ajoute 0,1 à 10 cm^3 d'une culture vieille de onze jours, à 200 cm^3 d'une culture fraîche, on facilite la production de la pénicilline. Même effet, si l'on renouvelle le milieu. Vonkennel, Kimmig et Lembke (7) désignent par le terme « Mycoïnes » les principes type « pénicilline » de provenances diverses.

Concentration ; Purification. — En 1932, Clutterbuck, Lowel et Raistrick (8) essayent, sans réussir, la purification de la pénicilline. Plus heureux furent Abraham et Chain (9), de même qu'Abraham et ses collaborateurs (*loc. cit.*). La pénicilline, soluble dans l'éther et l'acétate d'amyle, est extraite rapidement à partir du milieu acidifié à *p*H 2, par passage à l'état de gouttelettes fines à travers une colonne contenant de l'acétate d'amyle. On la débarrasse d'une impureté pyrétogène, puis 3 litres de solvant sont extraits par 300 cm^3 H^2O additionné de baryte (*p*H = 6,5 à 7). On traite l'extrait aqueux par le noir animal et l'on filtre, puis on épuise par l'éther. La solution éthérée traverse une colonne d'alumine, sur laquelle se distinguent 4 couches chromatographiques, dont celle colorée en jaune clair est la plus riche en pénicilline. L'élution est ensuite réalisée par de l'eau alcalinisée. Si la pénicilline brute renferme, à l'origine, 1 à 2 unités, le produit concentré en contient 40 à 50 (1 *g.* représente donc en moyenne 45.000 unités). Un autre procédé de purification a été proposé par Catch, Cook et Heilbron (10) (adsorption chromatographique, à partir de solvants organiques, sur gel de silice).

Constitution chimique. — Chain (11) entreprend l'étude chimique de la pénicilline ainsi concentrée et purifiée. Le principe contient deux ou plusieurs groupements fonctionnels acides (*p*H 2,1 et 3,7), pas de groupes méthoxy-, mais des fonctions hydroxylées. Cette étude est complétée par Abraham et collaborateurs (12). L'analyse du sel de baryum révèle C 44,3, H 4,85, N 4,13, B*a* 22,0 pour 100. La formule brute serait : $C_{24}H_{32}O_{10}N_2Ba$. Le produit de clivage (hydrolyse) est une base ($C^8H^{11}O^4N$ HCl [Pénicillamine]). Le spectre d'adsorption révèle l'absence de noyaux aromatiques directement liés dans la pénicilline lévogyre. Suivant Catch, Cook et Heilbron (13), le *sel de strontium* aurait la formule $C^{24}H^{34}O^{11}N$ *Sr*. Il s'agirait d'un composé apparenté à l'acide pénicillique isolé par Birkinshaw, Oxford et Raistrick (14). Le poids moléculaire de ce sel serait de 149 ; la molécule, après clivage, fournit un acide incolore, un colorant insoluble ($C^{16}H^{20}O^6$), de l'aldéhyde acétique et un aldéhyde non saturé ($C^7H^{12}O$). Il s'agirait d'un peptide.

Activité « in vitro ». — Deux méthodes de dosage du pouvoir microbicide sont utilisées. L'une d'elles consiste à titrer ce pouvoir dans le tube à essais (doses décroissantes de pénicilline ; ensemencement d'une suspension donnée de germes; séjour à 37°; précision de la dose minima active). L'autre (Heatley) est basée sur la diffusion de la pénicilline en plaque de gélose, préalablement ensemencée avec le microbe à étudier [Fleming ; Abraham et collaborateurs ; Vonkennel (15) ; Forster (16)]. L'étendue de la zone lysée sert de mesure (par rapport à une pénicilline-test ; *unité active*). Voici, d'après Abraham et collaborateurs (*loc. cit.*), le titre du pouvoir bactéricide à l'égard des divers microbes ·

Gonocoque, 20^{-6}; méningocoque, 10^{-6} ; staphylocoque, 10^{-6}; B. charbonneuse, 10^{-6} ; streptocoque, 10^{-6} ; *Str. viridans,* $\frac{1}{625.000}$; pneumocoque, $\frac{1}{250.000}$; typhique, 10^{-4} ; paratyphique B, 10^{-3}, etc...

Mécanisme d'action. — L'activité bactériostatique et microbicide de la pénicilline diffère de celle des sulfamides. Elle est de beaucoup supérieure à celle-ci. Au surplus, nulle influence antibactériostatique des peptones, de l'acide *p*-aminobenzoïque, des extraits d'organes. La bactériostase pénicillique peut être étudiée par enregistrement automatique [Nitti (17) ; appareil de Faguet]. Cultivé dans un milieu contenant de la pénicilline, le staphylocoque s'y habitue, se transformant en souche résistante; celle-ci offre une diminution manifeste de son potentiel d'acidification à l'égard du lactose. Ajoutons, enfin, que ni le sérum ou le sang, ni le pus ou les autolysats d'organes n'entravent l'activité bactériostatique de la pénicilline, laquelle n'agit que moyennement sur les cultures cellulaires (fibroblaste et macrophages de la poule).

En résumé, *la pénicilline, sécrétée par le « Penicillium notatum », est un principe de nature très probablement peptidique, doué d'un fort pouvoir bactériostatique et parfois bactéricide, à l'égard de certains germes pathogènes, en premier lieu du staphylocoque.*

II. — Corylophiline.

Levaditi, Pérault, Ericksen et collaborateurs, travaillant sur le plan biologique et chimiothérapique, Pénau et Hagemann sur le plan biochimique, ont isolé des cultures du *Penicillium corylophilum DX* un principe, la *Corylophiline,* fortement actif *in vitro* à l'égard du staphylocoque, du streptocoque hémolytique, du pneumocoque, principe différent de la pénicilline. Le glycocolle et le chlorure de manganèse, ajoutés au milieu de Czapek-Dox, augmentent la sécrétion de ce principe, en fonction du *p*H. Plus sensible à l'alcalinité, la corylophiline se conserve mal à la température ordinaire et assez bien à la glacière, se détruit à 70°, ultrafiltre mal, s'atténue en présence d'oxygène, montre le phénomène de zone et, à l'état brut, agit sur le staphylocoque à la dose de 1/5.000. La respirométrie (appareil de Warburg) permet d'en évaluer le pouvoir microbicide (19). Pénau et Hagemann (20) ont réussi à augmenter considérablement l'activité de la corylophiline par adsorption et élution ultérieure ; le produit, fortement bactéricide, se présente sous la forme d'une poudre jaune verdâtre. L'activité antistaphylococcique atteint, dans ces conditions, 1/1.000.000.000, surtout lorsque le *Penicillium* est cultivé en milieu glucosé [streptocoque, 1/100.000 ; *Coli communis,* 1/100.000 ; pneumocoque 2 et 3, 1/10.000.000 (21)].

III. — Tyrothricine, gramicidine et tyrocidine.

Dubos (22), Dubos et Cataneo (23) ont isolé des cultures du *Bacillus brevis* (germe sporogène du sol), *la tyrothricine,* principe bactéricide que l'on peut séparer en deux composants, la *gramicidine* et la *tyrocidine*. Ce dernier détruit, *in vitro,* les germes Gram-positifs, en particulier le staphylocoque, en agissant sur le métabolisme microbien (blocage de la plupart des systèmes oxydasiques). La gramicidine, active elle aussi, est, en outre, fortement hémolytique; elle est insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool [Heilman et Herrel (24)]. Il s'agirait de peptides, dont le poids moléculaire serait de 1.000 à 1.500, sans groupements aminés ou carboxylés libres, et dont l'hydrolyse libère le *l*-tryptophane, la *d*-leucine, la *l*-alanine.

IV. — Fumigacine ; Clavacine.

Dans les cultures d'*Aspergillus fumigatus* et d'*Aspergillus clavatus,* Waksman, Horning et Spenzer (25) ont isolé deux principes : *a*) la *fumigacine,* soluble dans le chloroforme et moyennement soluble dans l'éther et l'eau, cristallisable en fines aiguilles et fortement bactéricide à l'égard des bactéries Gram-positives, et *b*) la *clavacine*, soluble dans l'éther et le chloroforme, non cristallisable, pouvant être extraite par un de ces solvants, après adsorption sur norite et active sur les germes Gram-négatifs (1/500.000). Ces composants semblent identiques à ceux isolés par Glister (26) et Wiesner (27) des cultures d'*Aspergillus*.

V. — Actinomycine.

En purifiant, par adsorption chromatographique, les sécrétions des cultures d'*Actinomyces antibioticus,* Waksman et Thisher (28) ont isolé l'*actinomycine,* composé azoté polycyclique (13 pour 100 N), actif, *in vitro,* à l'égard du streptocoque et du pneumocoque ($1/10^{-6}$). Le poids moléculaire de ce composé serait de 800.

VI. — Notatine.

Dans les cultures de *Penicillium notatum,* Coulthard, Michaelis, Short et collaborateurs (29) ont décelé la *notatine,* principe bactéricide différant de la pénicilline, qu'ils ont isolée en précipitant par l'acétone ou l'acide tannique. Il s'agit d'une flavoprotéine, analogue aux ferments jaunes, soluble dans l'eau, se détruisant à 60° et active sur le staphylocoque à la dilution de 1/1.000.000.000.

Ajoutons que des substances microbicides sont sécrétées par des champignons différents de ceux qui viennent d'être énumérés, telles la *Pénatine* [Kocholaty (30)] et certaines *Mycoïnes* [Vonkennel (31)].

VII. — ÉTUDE BIOLOGIQUE ET CHIMIOTHÉRAPIQUE.

1° ÉTUDE BIOLOGIQUE. — La pénicilline, administrée à l'homme par voie intraveineuse, s'élimine par l'urine (50 et 70 pour 100 ; Abraham et collaborateurs). Sa présence dans le sang est éphémère et dépend de la dose injectée. Inoculée par diverses voies à la souris, elle se révèle peu nocive (Abraham et collaborateurs). Par contre, d'autres « mycoïnes », telles la gramicidine et la corylophiline concentrée, sont plus toxiques, surtout lorsque ces composés sont administrés à la souris par voie intraveineuse ou intrapéritonéale [Heilman et Herrel (32) ; Penau, Levaditi et collaborateurs].

2° THÉRAPEUTIQUE. — Les effets microbicides *in vitro* des divers composés élaborés par les champignons sont de premier plan. L'accord est complet à ce sujet. En est-il de même de leur activité thérapeutique chez l'animal et chez l'homme ? Disons de suite que si cette activité apparaît incontestable en application locale, sur des lésions contaminées surtout de staphylocoque, par contre, nous possédons peu de documents se rapportant à l'utilisation par d'autres voies. Parmi ces documents, il y en a qui se révèlent probants et d'autres qui le sont moins. Le cadre restreint du présent travail rend impossible la description détaillée des observations. Contentons-nous d'un court résumé.

Chez la *souris*, Abraham et ses collaborateurs ont enregistré des résultats favorables dans les infections staphylococciques et streptococciques mortelles. Le fait fut confirmé récemment par Nitti (*loc. cit.*). Chez le *lapin, résultats négatifs* (corylophiline), d'après Levaditi et ses collaborateurs, mais *positifs* entre les mains de Robinson et Scott (33) (application conjonctivale de la pénicilline, après inoculation de staphylocoques dans la cornée). D'autres auteurs (Dubos) ont enregistré des effets curatifs dans la septicémie pneumococcique de la souris. En somme, expériences disparates, loin de valoir, en nombre et en qualité, les essais réalisés avec les sulfanilamides.

Les premières observations systématiques en *thérapeutique humaine* sont dues à Abraham et collaborateurs (*loc. cit.*). La pénicilline fut utilisée, soit par voie intraveineuse, soit localement, chez 6 malades atteints d'infections graves à staphylocoque, déjà traités chirurgicalement et par des sulfamides. Il s'agissait de suppuration de la face, de décollement de l'épiphyse fémorale, de lésions septiques de la figure, d'ostéomyélite septicémique. L'amélioration, puis la guérison survinrent dans 4 cas. On appliqua la pénicilline localement sur la conjonctivite, chez quelques sujets atteints d'ulcères et de conjonctivite aiguë, avec d'excellents résultats, semble-t-il. D'autres observations ont été recueillies par Florey et Florey (34) ; elles concernent des malades atteints d'abcès, de pyélite, d'ostéomyélite, de thrombose des sinus, de méningite et d'endocardite subaiguë. Les injections intramusculaires et intra-rachidiennes sont bien supportées. Il faut répéter le traitement toutes les trois heures et administrer au moins 15.000 unités de pénicilline. L'action est satisfaisante, mais moins impressionnante que celle des sulfamides (l'apyrexie est lente à apparaître). L'utilisation locale (mastoïdites, affections oculaires, foyers infectieux) produit de meilleurs effets, quoique irrégulièrement. Des cas analogues ont été relatés par Delafield, Straker et Toplez (35), par Herrel et Heilman (36) (tyrocidine), par Vonkennel (*loc. cit.*)[1]. [*Cf.* également l'emploi de la gramicidine (37).] Par ailleurs, Little, Dubos et Hotchkiss (38) se sont servis, avec succès, de la gramicidine dans le traitement des mastites streptococciques de la vache.

Enfin, la corylophiline agit, *in vitro*, sur le *Trypanosoma equiperdum* (Levaditi, Pénau et collaborateurs) [*Cf.* Waksman et Woodruf (39) ; même activité de l'actinomycine] et aussi sur le *Treponema pallidum* [Levaditi et collaborateurs (40)].

C'est là, en bref, le bilan sommaire de l'efficacité thérapeutique des sécrétions bactéricides élaborées par les champignons. Ce qui apparaît hors conteste, c'est l'effet favorable qu'exercent ces « sécrétions » sur la guérison des lésions staphylococciques, en applications locales. Mais nous ne sommes encore qu'au début de la mycothérapie des maladies infectieuses. Attendons, avant de conclure, tout en nous gardant d'un enthousiasme par trop exagéré (41)

1. Dans une communication présentée récemment à l'Académie de Médecine (séance du 21 Mars 1944), Levaditi, Pénau et collaborateurs ont relaté les remarquables résultats cliniques obtenus par R. Degos avec la corylophiline appliquée localement, dans des cas d'anthrax, de furoncles, d'ulcères, d'hydrosadénite, la plupart résistant aux traitements habituels.

BIBLIOGRAPHIE

(1) D'après WAGNER v. JAUREGG : *Naturwiss.*, 1943, **31**, 335. — (2) MC ILVAIN : *Nature*, 1941, **148**, 682. — (3) FLEMING : *Brit. Journ. Patholog.*, 1929, **10**, 226. — (4) CHAIN et collaborateurs : *Lancet*, 1940, **239**, 221. — (5) ADRAHAM, CHAIN, FLETCHER, GARDNER, HEATLEY, JENNINGS, FLOREY et ADELAÏDE : *Lancet*, 1941, **241**, 177. — (6) CHALINOR : *Nature*, 1942, **150**, 688. — (7) VONKENNEL et collaborat. : *Klin. Woch.*, 1943, nos 16-17, 321. — (8) CLUTTERBUCK, LOWELL et RAISTRICK : *Bioch. Journ.*, 1932, **26**, 1907. — (9) CHAIN : *Nature*, 1940, **146**, 837. — (10) CATCH, COOK et HEILDRON : *Nature*, 1942, **150**, 633 ; COOK : *Biochem. Journ.*, 1942, **36**. — (11) CHAIN : *Bioch. Journ.*, 1942, **36**, 4. — (12) ABRAHAM, BAKER, CHAIN, FLORLEY, HOLIDAY et ROBINSON : *Nature*, 1942, **149**, 356. — (13) CATCH, COOK et HEILBRON : *Nature*, 1942, **150**, 633. — (14) BIRKINSHAW, OXFORD et REISTRICK : *Bioch. Journ.*, 1936, **30**, 3094 ; OXFORD : *Ibid*, 1942, **36**, 438. — (15) VONKENNEL, KIMMIG et SEMBKE : *Klin. Woch.*, 1943, nos 16-17, 321 (méthode dite du « Belastungs-auxinogramm). — (16) FORSTER : *Journ. of Biol. Chem.*, 1942, **144**, 285. — (17) NITTI : *Le Progrès Médical*, 1944, **72**, 10. — (18) LEVAOITI, PÉNAU, PÉRAULT et ERICKSEN : *C. R. Soc. de Biol.*, 1942, **137**, 359. (19) PÉNAU, LEVADITI, PÉRAULT et ERICKSEN : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 592. — (20) PÉNAU et HAGEMANN : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 724. — (21) LEVADITI, PÉNAU, PÉRAULT, ERICKSEN et BENOIST : *C. R. Soc de Biol.*, 1944, **138**, 5. — (22) DUDOS : *Journ. of Exp. Med.*, 1939, **70**, 1. — (23) DUBOS et CATANES : *Ibid.*, 1939, **70**, 249 ; *Cf.* également HOTCHKISS et DUDOS : *Journ. Biol. Chem.*, 1940, **136**, 803 ; 1941, **141**, 155. — (24) HEILMAN et HERREL : *J. Clin. Invest.*, 1941, **20**, 583 ; *Proceed. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1941, **46**, 182. — (25) WAKSMAN, HORNING et SPENZER : *Science*, 1942, **96**, 202. — (26) GLISTER : *Nature*, 1941, **148**, 470. — (27) WIESNER : *Nature*, 1942, **149**, 356. — (28) WAKSMAN et THISHER : *Journ. Biol. Chem.*, 1942, **142**, 519 ; ROBINSON et WAKSMAN : *Journ. of Pharmacol.*, 1942, **74**, 25 ; WAKSMAN et WOODRUF : *Journ. of Bacter.*, 1940, **40**, 581. — (29) COULTHARD et collab. : *Nature*, 1942, **150**, 635. — (30) KOCHOLATY : *Journ. of Bact.*, 1942, **44**, 142. — (31) VONKENNEL, KIMMIG et SEMKE : *Klin. Woch.*, 1943, nos 16-17, 321. — (32) HEILMAN et HERREL : *Proceed. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1941, **96**, 182. — (33) ROBINSON et SCOTT : *Nature*, 1942, **142**, 581. — (34) FLOREY et FLOREY : *Lancet*, 1943, **244**, 387. — (35) DELAFIELD, STRAKER et TOPLEZ : *Brit. Med. Journ.*, 1941, **1**, 145. — (36) HERREL et HEILMAN : *Journ. Clin. Investig.*, 1941, **20**, 573. — (37) *Science*, 1941, **93**, 8. — (38) LITTLE, DUBOS et HOTCHKISS : *Proceed. Soc. exp. Biol. Med.*, 1940, **44**, 444 ; *Ibid*, 1940, **45**, 462. — (39) WACKSMAN et WOODRUF : *Journ. of Bacter.*, 1940, **40**, 581. — (40) On prétend que Mahonay (de New-York) aurait guéri des cas de syphilis par des injections intramusculaires de pénicilline. — (41) Étant donné la carence en bibliographie étrangère, et tout en ayant consulté bon nombre de travaux originaux, nous avons été obligés de nous référer à deux revues d'ensemble, l'une de TH. WAGNER v. JAUREGG : *Naturwiss.*, 1943, **31**, 335, et l'autre de KIESE : *Klin. Woch.*, 1943, nos 32-33, 505.

DE LA FRÉQUENCE RESPECTIVE DES DIFFÉRENTS MODES DE DÉBUT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Par **Roger EVEN**
(Paris)

Les traités et les publications sont pauvres de renseignements sur la fréquence respective des différents modes de début de la tuberculose pulmonaire chronique. Les indications les moins vagues — nous nous excusons des omissions que nous aurions pu commettre — nous sont données par l'article de M. Rolland et la thèse de M. Blanche.

Dans son article du Nouveau Traité de Pathologie Interne, édité chez Doin en 1938, M. Rolland souligne que le début paraît plutôt aigu, chez le malade d'hôpital, et, plutôt progressif, chez le malade de dispensaire. Dans sa thèse de 1927, inspirée par M. Rist, M. Blanche cite des chiffres : 50 pour 100 de débuts brusques sans hémoptysie ; 13 pour 100 de débuts brusques avec hémoptysie ; 3,7 pour 100 de débuts progressifs ; mais ces chiffres sont basés sur 200 observations, c'est peu, pour une affection aussi banale que la tuberculose ; ces chiffres ne concordent pas avec les observations rapportées, nous les avons lues attentivement, nombre d'entre elles, classées dans les débuts brusques, devraient l'être dans les débuts progressifs ; ces chiffres, enfin, confondent les débuts brusques et rapides, et ne font aucune mention des débuts latents.

Pour ces différentes raisons, il nous a semblé qu'il y avait là une lacune à combler, c'est la modeste prétention de cette note, basée sur l'examen de 7.140 observations personnelles du sanatorium de Champcueil et de l'hôpital Tenon, recueillies depuis 1935.

Il existe 4 modes principaux de début de la tuberculose pulmonaire chronique (nous parlons de la tuberculose pulmonaire chronique active) : brusque, rapide, progressif et latent ; mais pour s'entendre sur les faits, il convient préalablement de s'entendre sur les mots.

Le début est brusque ou brutal, si le malade peut en indiquer l'heure, exemple : l'hémoptysie.

Le début est rapide ou aigu, si le malade peut en indiquer le jour ou la semaine, exemple : l'épisode pneumonique.

Le début est progressif ou insidieux, si le malade ne peut en indiquer la semaine, ni parfois même le mois, exemple : les troubles laryngo-broncho-pleuro-pulmonaires et autres, associés ou non à une atteinte de l'état général, dominée par l'amaigrissement, l'anorexie, l'asthénie, les sueurs, l'instabilité thermique ou la fièvre.

Le début est latent ou silencieux, si la tuberculose est découverte à l'occasion d'un examen systématique, chez un sujet n'accusant aucun trouble fonctionnel ou général.

Il nous a toujours paru très simple de classer nos malades dans un de ces 4 grands groupes, mais à une condition élémentaire de plus en plus violée, c'est de consacrer à l'interrogatoire le minimum de temps nécessaire, au lieu de se précipiter à demander une bacilloscopie et une radiographie, dès que les sujets évoquent une histoire respiratoire, avec ou sans atteinte de l'état général. C'est deux et trois fois qu'il faut répéter la question concernant la date d'apparition des premiers troubles, trop souvent confondue avec la date d'hospitalisation ou d'arrêt du travail. Cela est vrai dans tous les cas, et c'est encore davantage, dans les débuts brusques ou rapides qui font oublier la phase prodromique. A cet égard, nous ne saurions trop recommander aux étudiants et médecins, la lecture des 25 pages que M. Rist consacre à l'interrogatoire dans son livre sur les Symptômes de la Tuberculose Pulmonaire.

Nos 7.140 observations se décomposent de la manière suivante :

TYPE I. — Début brusque, 220 ou 3,08 pour 100 ou environ 3 pour 100.
Sur ces 220 débuts brusques nous comptons :
3 pneumothorax spontanés, soit 1 sur 2.380 ;
11 pneumonies tuberculeuses au début rigoureusement identique à celui de la pneumonie lobaire aiguë franche, soit 1 sur 649 ;
206 hémoptysies, soit 1 sur 34.
Parmi ces hémoptysies :
28 grandes (+ de 300 cm^3), soit 1 sur 255.
74 moyennes (1 à 300 cm^3), soit 1 sur 96.
104 petites (— de 100 cm^3), soit 1 sur 68.
A signaler que parmi les petites hémoptysies, les crachats nettement hémoptoïques ont la même valeur qu'une hémoptysie plus ou moins importante ; mais les crachats vaguement teintés nous ont toujours paru dénués d'intérêt lorsqu'ils constituaient une manifestation isolée.

TYPE II. — Début rapide, 1.345 ou 18,83 pour 100 ou environ 20 pour 100.
Sur ces 1.345 débuts rapides nous comptons :
1.080 épisodes pneumoniques, soit 1 sur 6 à 7.
265 épisodes pneumoniques avec épanchement pleural séro-fibrineux, soit 1 sur 26.

TYPE III. — Début progressif, 5.440 ou 76,19 pour 100 ou environ 75 pour 100.
Sur ces 5.440 débuts progressifs avec troubles respiratoires et généraux, 193 malades présentaient un double épisode pulmonaire et pleural, ce qui porte avec les 26 épisodes pleuro-pneumoniques à début rapide, à 219 cas de tuberculose pleuro-pulmonaire d'emblée, soit environ 3 pour 100.
Dans près de 20 pour 100 des cas, ces débuts progressifs sont suivis de débuts apparents brusques ou rapides, c'est pourquoi on a pu considérer ces derniers comme plus fréquents. Mais c'est la conséquence d'une faute d'interrogatoire.

TYPE IV. — Début latent, 135 ou 1,85 pour 100 ou environ 2 pour 100.

Ce début latent nous conduit à poser le problème de la chronologie des symptômes cliniques et des signes radiologiques. Il ne s'agit pas de rechercher si les signes radiologiques précèdent, accompagnent ou suivent les symptômes cliniques, mais, de préciser la fréquence de chacune de ces trois éventualités. Pour répondre à cette question, une ou quelques observations n'ont aucune signification. Des observations nombreuses sont nécessaires, et, pour les réunir, il faut beaucoup de temps, car elles exigent un concours de circonstances favorables. Notre documentation actuelle, pour importante qu'elle soit, n'est pas encore suffisante, cependant, il s'en dégage l'impression suivante. Dans les débuts brusques ou rapides,

les signes radiologiques, du fait de l'importance habituelle de la réaction épituberculeuse périfocale, et les symptômes cliniques sont sensiblement contemporains. Dans les débuts latents, la précession radiologique est évidente. Dans les débuts progressifs, nous ne sommes pas éloigné de croire que la précession clinique est assez fréquente. *A priori*, il n'est pas séduisant de penser que les bacilles ne donnent aucun trouble fonctionnel ni général, tant qu'ils n'ont pas déterminé une lésion appréciable aux rayons. En fait, il n'est pas rare que la précession clinique s'impose, et ceci n'est pas pour nous surprendre. On peut regretter — personnellement nous ne le regrettons pas — le terme de typhobacillose, reste, que des syndromes assez bruyants peuvent ne faire la preuve de leur nature tuberculeuse que plusieurs semaines ou plusieurs mois après les premières manifestations cliniques ; *a fortiori*, des symptômes fonctionnels et généraux beaucoup plus atténués peuvent-ils précéder les signes radiologiques[1].

De cette étude nous concluons :

1° La tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte peut débuter brusquement (3 pour 100) par un pneumothorax spontané, une pneumonie et surtout une hémoptysie ; rapidement (20 pour 100) par un épisode pneumonique ou pleuro-pulmonaire ; progressivement (75 pour 100) par des troubles respiratoires et généraux ; silencieusement (2 pour 100), c'est alors une découverte fortuite.

2° Dans les débuts brusques et rapides, les symptômes cliniques et les signes radiologiques sont sensiblement contemporains ; dans les débuts latents, les signes radiologiques précèdent les symptômes cliniques ; dans les débuts progressifs, c'est avec une certaine fréquence que les symptômes cliniques précèdent les signes radiologiques.

3° La rareté de la tuberculose latente et la possibilité de la précession des symptômes cliniques sur des signes radiologiques sont deux raisons, parmi bien d'autres, qui expliquent le faible rendement et la sécurité trompeuse du dépistage systématique, généralisé à tous les sujets et basé sur le seul examen radiologique. Il conviendrait de limiter ce dépistage systématique à des cas précis, sujets suspects ou sujets exposés à une contamination familiale ou professionnelle, et l'assurer par le triple examen clinique, bactériologique et radiologique, tout en renforçant l'éducation des médecins et des malades.

1. Nous pensons que l'avenir nous réservera d'autres critères que les critères radiologiques pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire de réinfection.

LES IMPERFORATIONS DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE AVEC APLASIE DU PAVILLON

LEUR CORRECTION CHIRURGICALE

Par **Marcel OMBRÉDANNE**
Oto-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

L'imperforation du conduit auditif externe est une malformation congénitale rare de la face qui coïncide le plus souvent avec une difformité ou même une absence complète du pavillon.

Déjà très disgracieuse au point de vue esthétique, c'est une infirmité grave surtout lorsqu'elle est bilatérale, car elle entraîne une surdité très importante.

L'intérêt de cette malformation complexe est donc très grand puisque sa correction chirurgicale doit atteindre un double but :

D'une part, un but *fonctionnel* : créer de toutes pièces un conduit auditif en place normale, bien épidermisé, qui mette en communication large et permanente avec l'extérieur une cavité d'oreille moyenne que nos interventions nous ont montré souvent atrophiée, mais toujours existante et permettre ainsi aux sons de parvenir directement à l'oreille interne qui est, dans la règle, fonctionnellement normale ;

D'autre part, un but *esthétique* : reconstituer une oreille convenable en partant des rudiments de pavillon dont on dispose.

I. — La malformation.

Le *pavillon* rudimentaire se résume tantôt en un bourrelet cutanéo-cartilagineux plus ou moins informe verticalement situé derrière la branche montante du maxillaire, tantôt en excroissances plus ou moins informes avec rudiment de lobule. Il existe parfois une ou plusieurs fistules cutanées borgnes qui peuvent simuler un conduit aplasique.

1. Le conduit auditif externe. — Exceptionnellement il y a imperforation simple du conduit, sans aplasie du pavillon (nous n'en avons jusqu'ici observé qu'un seul cas), c'est-à-dire que le conduit existe sur quelques millimètres à partir d'un orifice externe normal ou rétréci. Il est ensuite remplacé par un tractus cartilagineux ou fibreux ; il peut être perméable, mais filiforme et obturé avant son abouchement dans l'oreille moyenne par un amas de cholestéatome ou de bourgeons charnus.

Dans la règle, le conduit n'existe pas — la peau est lisse ou légèrement déprimée en avant et en arrière du bourrelet vertical qui résume le pavillon — une dépression osseuse est quelquefois perceptible en arrière du condyle maxillaire ; ce qui frappe au palper est l'absence d'intervalle entre le bord antérieur de la mastoïde et la branche montante du maxillaire inférieur due à l'absence d'os tympanal.

A la radiographie pratiquée en diverses positions (Vertex-plaque, Schuller, Stenwers) on note le plus souvent l'absence complète d'os tympanal. En position de Schüller l'interprétation est difficile, car le conduit auditif interne se projetant sur la caisse peut donner une tache claire qui simule absolument un conduit auditif externe.

La stéréo-radiographie, selon la méthode de Chaussé, permet par contre d'affirmer l'absence du conduit auditif externe ; elle précise en outre l'état de développement de la mastoïde, de la caisse et de l'oreille interne ; elle peut indiquer la situation de l'antre.

A l'intervention on trouve une corticale mastoïdienne absolument lisse, rarement déformée ; une tache criblée existe parfois — l'épine supraméatique est absente ou à peine ébauchée.

2. L'oreille moyenne est le plus souvent très atrophiée et ne contient qu'un rudiment d'osselet.

Il n'y a pas de membrane tympanique et la caisse est fermée en dehors par un mur osseux compact. Par contre, elle communique toujours avec le pharynx par une trompe perméable (épreuve du bleu pendant l'intervention).

La paroi interne est généralement normale. Le canal semi-circulaire externe est en général bien visible sur la paroi interne de l'aditus : fait important qui nous a permis de trépaner sa coque osseuse pour améliorer l'audition.

3. L'oreille interne s'est montrée le plus souvent normale, avec un conduit auditif interne bien visible à la radio. Néanmoins, il n'est pas impossible qu'elle soit dans certains cas congénitalement atrophiée ; le résultat fonctionnel post-opératoire peut dépendre de cette anomalie.

4. La mastoïde peut présenter deux aspects très différents :

a) Tantôt elle est très *pneumatisée* avec de nombreuses cellules s'étendant loin dans la racine du zygoma et dans le temporal, loin en arrière dans l'occipital. Ce sont des cas où l'audition aérienne n'est pas mauvaise, même en l'absence de conduit auditif. Ce sont de *bons* cas au point de vue chirurgical : la mastoïde aura une topographie et des repères sensiblement normaux, la recherche de l'antre sera facile, l'ouverture de l'oreille moyenne sans danger pour le facial. Par contre, l'amélioration de l'audition sera moins impressionnante après intervention puisque la surdité n'est pas complète auparavant.

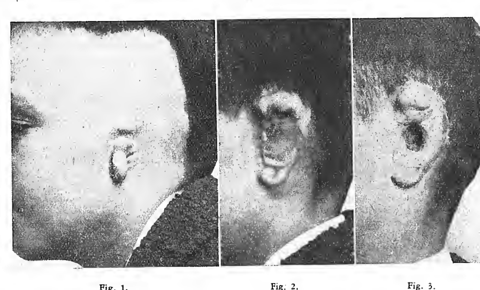


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

b) Tantôt la mastoïde est *complètement éburnée* : l'intervention sera plus difficile (difficulté de trouver l'antre, danger de blesser le facial), mais amènera une amélioration plus frappante à l'audition.

c) Accessoirement, on a pu observer une ossification de tout l'appareil stylo-hyoïdien ; nous ne l'avons pas rencontré dans nos observations.

Dans l'ensemble on peut donc compter en principe sur une oreille interne normale et sur une oreille moyenne atrophiée, mais présente ; il est donc logique de chercher à réaliser chirurgicalement un conduit auditif fonctionnellement utilisable. Il est évidemment impossible d'affirmer par avance que l'amélioration auditive sera considérable : cependant le bilan acoumétrique préopératoire doit être minutieusement établi et c'est par analogie avec nos constatations opératoires antérieures et nos résultats déjà acquis que nous pourrons porter un pronostic fonctionnel éloigné et conseiller ou non une intervention.

II. — Sa correction chirurgicale.

Jusqu'ici les tentatives chirurgicales n'ont abouti à de très rares exceptions près qu'à des résultats déplorables, car elles étaient basées sur un plan opératoire, à notre sens illogique : les chirurgiens ont, la plupart du temps, cherché à créer dans le massif mastoïdien, en arrière du pavillon malformé, un entonnoir rétroauriculaire aboutissant à l'oreille moyenne ; ils sont d'ailleurs rarement parvenus à maintenir cet entonnoir béant, malgré la diversité des lambeaux utilisés pour en tapisser les parois. Le résultat de ce genre d'intervention est en général une sténose progressive, aboutissant à un comblement de l'entonnoir néoformé. Il en résulte une dépression importante du plan osseux mastoïdien derrière les rudiments d'oreille externe laissés intacts : cette dépression est finalement aussi inesthétique qu'inutile et la malformation auriculaire

aggravée dans sa forme n'est nullement améliorée dans sa fonction.

Le problème à résoudre est au contraire de créer en sa place normale, c'est-à-dire immédiatement en arrière de l'articulation temporo-maxillaire et au centre d'un pavillon d'oreille reconstitué, un conduit de longueur, de calibre et de direction normales, dont les parois soient entièrement épidermisées et dont la lumière se maintienne définitivement béante.

Nous sommes parvenu à ce résultat grâce à la technique personnelle que nous allons résumer brièvement. Le manque de place nous empêche d'apporter ici des schémas et des photographies qui en seraient cependant l'indispensable complément.

Nous commençons vers 6 ou 7 ans la reconstitution du pavillon en utilisant au mieux les rudiments existants, en comblant les lacunes par l'emploi de greffons cartilagineux.

C'est vers 10 ou 12 ans que vient le moment favorable pour la création du nouveau conduit auditif externe.

Technique.

1° Incision arciforme rétro-auriculaire ; décollement du pavillon jusqu'au bord antérieur de la mastoïde, un repère transcutané a servi à centrer la zone d'attaque de la corticale mastoïdienne, à distance convenable du pourtour du pavillon, et de façon que le contour osseux du futur orifice externe du conduit soit bien au centre de ce pavillon.

2° Trépanation mastoïdienne — recherche de l'antre, de l'aditus et de la caisse, facile lorsque la mastoïde est très pneumatisée ; beaucoup plus difficile lorsqu'elle est éburnée (crainte de blessure du facial).

Après ouverture de la caisse, on réunit les deux cavités mastoïdienne en arrière et attico-antrale en avant, à la manière d'un évidement pétromastoïdien. Les osselets rudimentaires sont enlevés : la caisse est vidée avec soin de son contenu, sans curetter sa paroi interne, de façon à ménager la région des fenêtres et partant l'audition postopératoire.

On peut, s'il y a lieu, exécuter en outre une fenestration du canal semi-circulaire externe comme nous l'avons fait, ce qui procure un avantage fonctionnel important.

3° Lambeaux autoplastiques.

a) *La paroi postérieure du conduit* est réalisée de la manière suivante : une incision arciforme convexe en avant est tracée au centre du pavillon : elle permettra de délimiter un petit lambeau à charnière postérieure qui après décollement viendra s'enfoncer dans la cavité osseuse et tapisser sa paroi postérieure.

b) *La paroi antérieure* du conduit va être réalisée par *une greffe de peau totale libre* prélevée sur la face antéro-interne de la cuisse.

Ce lambeau rectangulaire est suturé par l'un de ses petits côtés au *bord* concave en arrière de l'orifice cutané. Le lambeau ainsi pourvu d'une charnière antérieure est alors enfoncé dans la cavité qu'il va tapisser entièrement.

c) *Moulage de la cavité.* — Les deux lambeaux antérieur (greffe libre) et postérieur (peau de la conque) sont maintenus en place dans la cavité nouvellement créée par une masse cylindrique de pâte de Stents enfoncée à chaud sur laquelle va se mouler littéralement le futur conduit auditif.

Les suites opératoires sont très simples : le moulage de Stents est laissé en place aussi longtemps que possible (dix à quinze jours). Le conduit est ensuite pansé au septolix sans aucune dilatation ni à la gaze, ni caoutchoutée.

La cicatrisation complète se fait en général en six semaines. Les conduits réalisés nous ont donné toute satisfaction. Un seul petit inconvénient provient de la greffe de peau totale qui présente quelques poils. Leur destruction diathermique ou par pâte épilatoire est facile à exécuter.

Résultats.

Nos recherches ont jusqu'ici porté sur 8 malades : 1 adulte, 1 adolescente et 6 enfants ; 3 formes bilatérales, 5 unilatérales. Nous avons eu l'occasion de présenter plusieurs de ces opérés, tant à la Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris qu'à la Société de Pédiatrie. Faute de place, nous ne pouvons rapporter ici qu'une de nos observations avec ses 3 photographies.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans :

Absence complète de conduit auditif gauche cutané et osseux ;

Aplasie du pavillon qui est réduit de ce côté à un petit bourrelet vertical de 3 *cm.* de long (fig. 1).

L'audition gauche est mauvaise, mais n'est cependant pas nulle (audition par voie osseuse peraurieulaire). Après assourdissement de l'oreille saine, la voie chuchotée est perçue à gauche à 2 ou 3 *cm.* et les différents diapasons du 128 au 2.048 sont perçus, mais quelques secondes seulement par voie aérienne. Les sons très aigus sont mieux perçus. L'audition osseuse est identique des deux côtés.

La radiographie faite en position de Schuller montre, fait très important, une fausse image de conduit auditif externe. Il existe à la partie antéro-supérieure du massif mastoïdien une tache claire circulaire à bords nets, simulant un conduit externe. En réalité la stéréo-radiographie et nos interventions nous ont montré que cette image est due à la superposition de la clarté de la caisse atrophique et du conduit auditif interne, alors que le conduit externe fait totalement défaut.

Nous avons successivement exécuté chez cet enfant 3 interventions :

1° 18 Février 1943 : autoplasties par enjambement pour utiliser le bourrelet auriculaire aplasique ;

2° 15 Avril 1943 : mise en place d'un greffon de cartilage costal pour modeler le pavillon (fig. 2) ;

3° 10 Juin 1943 : création d'un conduit auditif externe par forage mastoïdien jusqu'à la caisse, trépanation décompressive du canal semi-circulaire externe et épidermisation de ce nouveau conduit, à l'aide d'une greffe libre de peau totale prélevée sur la cuisse.

La cicatrisation est complète le 20 Juillet : le conduit a conservé son calibre sans aucune dilatation ultérieure (fig. 3).

L'audition s'est remarquablement améliorée : la voix chuchotée est perçue d'abord à 20 *cm.*, puis deux mois après à 80 *cm.* Les diapasons sont maintenant bien perçus par voie aérienne.

Conclusions.

La reconstitution du pavillon doit être toujours complétée par la création d'un conduit auditif externe.

Ce nouveau conduit emprunte la voie de l'aditus pour pénétrer jusqu'à la caisse souvent rudimentaire, mais toujours existante.

Les téguments qui le tapissent sont en arrière un lambeau autoplastique, en avant une greffe de peau totale libre.

La technique nouvelle que nous avons ainsi mise au point nous paraît intéressante, car elle atteint le double but que nous avons exposé : correction esthétique et surtout résultat fonctionnel, par amélioration souvent importante de l'audition.

UN SIGNE RADIOLOGIQUE CERTAIN DE KYSTE DE L'OVAIRE
A DÉVELOPPEMENT ABDOMINAL, PSEUDO-ASCITIQUE :
LE PNEUMOKYSTE [1]

Par **Max FOURESTIER**
(Paris)

Notre attention a été attirée ces derniers temps sur le diagnostic différentiel d'une ascite et d'un kyste de l'ovaire à développement abdominal [2]. Deux signes sont trop méconnus des cliniciens, l'un clinique : la sonorité lombaire en position accroupie en cas de kyste de l'ovaire (qui s'oppose à la matité de cette même région dans une ascite), l'autre radiologique : après repas baryté, refoulement sous le diaphragme de l'estomac qui coiffe en quelque sorte la convexité du gros kyste ovarien. (Voir fig. 1.) L'estomac « acitique », par contre, de forme normale, plonge obliquement dans le liquide péritonéal, légèrement refoulé soit en avant, soit latéralement, mais jamais vers le haut. L'examen radiologique après lavement opaque montre de même, en cas de gros kyste de l'ovaire, un refoulement latéral du cadre colique très caractéristique.

Ces signes radiologiques, bien qu'anciennement décrits, se trouvent exceptionnellement signalés dans les grands traités didactiques. P. Moiroud [3] (Marseille) a rappelé tout récemment, en même temps que nous, la valeur du refoulement gastrique par les volumineux kystes ovariens simulant l'ascite.

Ces aspects radiologiques, bien que très suggestifs, ne sont pas pathognomoniques d'un kyste de l'ovaire. Le désir de faire mieux nous a incité à rechercher un autre signe qui permette de préciser encore davantage le diagnostic radiologique différentiel entre kyste de l'ovaire à développement abdominal et ascite.

Voici, brièvement résumé, le cas clinique qui a été pour nous l'occasion de rechercher ce signe radiologique certain de gros kyste ovarien.

Mme Baz..., 69 ans, entre dans le service le 1er Septembre 1943. Le diagnostic d'ascite a été fait par le médecin traitant. Dans les mois précédents, augmentation de volume de l'abdomen. Le 10 Août 1943, ponction évacuatrice au Mac Burney gauche. 10 litres d'un liquide citrin, non hémorragique, ont été retirés : polynucléaires 88 pour 100, lymphocytes 12 pour 100, albumine 9 *g.* par litre. Après la ponction évacuatrice, le médecin aurait perçu, dans la région sous-ombilicale, une tumeur dure, du volume du poing. Le liquide réapparaît progressivement. Le jour de notre examen, l'abdomen est déformé, globalement augmenté de volume, l'ombilic non déplissé, sans circulation collatérale. Matité, sensation de flot, le diagnostic de collection liquidienne importante intra-péritonéale est évident. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont souples et la mobilisation de la masse liquidienne abdominale ne se communique pas au col. Dans les antécédents de la malade, rien à signaler. Disparition des règles à 49 ans. Examen général entièrement négatif. Pas de température. Les fonctions hépatiques sont normales. On ne sent ni le foie ni la rate.

La ligne de matité supérieure convexe vers le haut, la sonorité des fosses lombaires, le refoulement gastrique sous le diaphragme sont en faveur du kyste de l'ovaire. Mais nous sommes troublé par l'importance de la ponction évacuatrice faite en ville (10 litres) et la réapparition rapide de l'épanchement. Le diagnostic d'ascite mérite d'être suspecté.

Puisqu'une première ponction a été faite, sans ennui d'ailleurs, nous croyons pouvoir pratiquer une deuxième soustraction de liquide dans le but que voici : si cette collection liquidienne est une ascite, nous réaliserons, *après injection de quelques dizaines de centimètres cubes d'air stérilisé*, un pneumopéritoine, et le niveau hydro-aérique, sur un cliché radiographique, se dessinera sous les coupoles diaphragmatiques, la bulle d'air décollant le foie du diaphragme. En cas de poche kystique, *l'air emprisonné dans l'enveloppe devrait réaliser un croissant hydro-aérique dessinant la convexité du kyste.*

Après soustraction de 200 cm^3 de liquide (toujours clair et sans hématies), nous avons injecté par la même aiguille de ponction (une aiguille de Küss pour réinsufflation de pneumothorax), et à 3 *cm.* au-dessous l'ombilic sur la ligne médiane, 200 cm^3 d'air atmosphérique filtré. Le contraste est saisissant entre l'image du pneumokyste et celle du pneumopéritoine en cas d'ascite. (Clichés nos 2 et 3). Vraiment, aucun autre diagnostic n'est possible que celui de gros kyste abdominal à contenu liquidien.

1. Travail des services de MM. P. Brodin et H. Desgrez, Hôpital des Ménages.

2. M. Fourestier : Ascite ou kyste de l'ovaire. Deux signes trop méconnus. *La Presse Médicale*, 20 Novembre 1943, n° 43, 639.

3. P. Moiroud : Sur les volumineux kystes de l'ovaire simulant l'ascite. *La Presse Médicale*, 19 Juin 1943, n° 23, 332.

Ce pneumokyste fut de réalisation très banale. Aucun incident, aucune suite fâcheuse. La ponction a été faite dans le décubitus dorsal, au lit de la malade, et le cliché radiographique pris en position



Fig. 1. — Refoulement de l'estomac par le kyste de l'ovaire.

verticale une demi-heure plus tard. Le lendemain, jour de l'intervention chirurgicale, nous avons constaté un péritoine tout à fait normal et sec. Nous avons retrouvé l'orifice de ponction sur la paroi du kyste. La pression, à force, de l'énorme poche kystique, ne faisait sourdre aucune goutte de liquide au travers de cette trace de ponction, punctiforme et déjà cicatrisée.

Le chirurgien enleva très facilement un énorme kyste géant de l'ovaire droit, sans signe apparent de malignité intrakystique et péritonéale.

Ce signe radiologique certain de kyste de l'ovaire à développement abdominal est donc le pneumokyste, de réalisation aisée, très bien supporté, non dangereux, et qui permet la lecture facile d'un cliché radiographique vraiment très évocateur.

Evidemment, nous ne proposons pas ce moyen diagnostique en cas de kyste ovarien abdominal cliniquement évident, et il faut reconnaître que d'autres signes, tant cliniques que radiologiques (ceux sur lesquels nous avons insisté au début de ce travail) emporteront la certitude diagnostique dans la plus grande majorité des cas épineux.

On peut faire à ce procédé diagnostique trois reproches :

1° Possibilité de blessure d'une anse intestinale.

2° Possibilité d'infection ou de greffe de la grande cavité abdominale en cas de kyste infecté ou dégénéré.

3° Défaut de précision sur l'origine ovarienne de l'image kystique.

a) Comme la ponction et l'insufflation ne seront pratiquées qu'en cas d'énorme collection kystique, la première objection ne tient pas, car l'importance clinique de la collection autorise cette exploration et rend vaines toutes les appréhensions. D'ailleurs, combien de kystes ont été ponctionnés par erreur et sans incident !

b) La possibilité d'infection ne saurait être retenue, car le problème diagnostique qui se pose en face de ces abdomens volumineux distendus par du liquide, chez des malades apyrétiques, n'est pas celui d'infection ou non, mais d'*ascite ou de kyste.* Il est évident que la gravité de l'état général, que traduirait une infection locale et générale, interdirait toute exploration de ce genre. Mais quel intérêt diagnostique utile à ce stade offre l'examen clinique ?

L'objection de greffe péritonéale en cas de kyste ovarien dégénéré est plus valable. La réfutation nous paraît aisée. Ou bien la greffe péritonéale existe déjà, et nous ne voyons pas la gravité supplémentaire de cette intervention qui peut (ce n'est pas prouvé) provoquer une diffusion péritonéale du liquide néoplastique. Ou bien la malignité est encore enclose à l'intérieur du kyste, mais dès la précision diagnostique obtenue grâce au pneumokyste, l'intervention chirurgicale sera pratiquée le lendemain ou le surlendemain, et la rapidité de l'exérèse doit s'opposer à la « prise » de cette greffe d'ailleurs hypothétique. Ces kystes ovariens dégénérés qui n'ont pas essaimé déjà avant l'intervention sont d'ailleurs exceptionnels. En outre, la malignité des kystes ovariens est d'un potentiel assez bas puisqu'elle permet une évolution lente et des possibilités d'exérèse chirurgicale que n'offrent pas les autres tumeurs malignes. Vraiment, ces kystes ovariens à malignité enclose, sans diffusion péritonéale, sont exceptionnels, et il sera toujours temps après l'intervention chirurgicale, le diagnostic de malignité confirmé par l'examen histologique, de réaliser la



Fig. 2. — Image de pneumokyste.

radiothérapie post-opératoire dont on ne peut se priver même en l'absence de toute exploration endokystique, telle que le pneumokyste-diagnostic proposé ici.

Il faut bien remarquer d'ailleurs que ce pneumokyste ne doit être que l'aboutissant de tergiversations diagnostiques réelles. Le diagnostic est vraiment hésitant entre kyste et ascite, une ou plusieurs ponctions ont déjà été faites, quelle gravité supplémentaire d'injecter quelques dizaines de centimètres cubes d'air filtré pour emporter la conviction ? C'est ainsi qu'il faut concevoir le pneumokyste. C'est sur un diagnostic douteux d'ascite qu'il est



Fig. 3. — Pneumopéritoine en cas d'ascite.

réalisé et non sur un diagnostic incertain de kyste dégénéré ou non. Nous ne croyons pas très audacieux de proposer en fin de ponction exploratrice d'une « ascite » suspecte l'insufflation de 100 cm^3 d'air filtré.

c) La formation kystique précisée par l'insufflation d'air n'est pas nécessairement un kyste de l'ovaire. Cela est certain, mais outre que la loi de fréquence autorise une affirmation diagnostique (les gros kystes pseudo-ascitiques du mésentère ou d'autres organes sont exceptionnels), cette restriction est sans importance pratique : la découverte d'une lésion kystique intrapéritonéale indique formellement l'intervention chirurgicale, l'essentiel des constatations radiologiques étant l'élimination du diagnostic d'ascite.

Il est possible d'ailleurs de prendre des clichés dans plusieurs incidences, et notamment en position de Trendelenburg. La localisation de la poche gazeuse dans le petit bassin doit préciser l'origine pelvienne de la collection liquidienne.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade où le diagnostic d'ascite pouvait se poser, chez laquelle une ponction évacuatrice de 10 litres avait été pratiquée, la réalisation d'un pneumokyste a précisé la qualité anatomique de la lésion (un kyste) et son origine probable (ovarienne). Nous considérons donc ce moyen technique, facilement réalisable et sans danger, comme utile au diagnostic différentiel de l'ascite et de certaines collections kystiques intra-abdominales pseudo-ascitiques le plus souvent d'origine ovarienne.

ANÉVRYSME DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE

TUMEUR SOLIDE

Par **Pierre MOIROUD**

(Marseille)

De la méconnaissance fréquente des ectasies de l'aorte thoracique descendante, l'observation suivante est la preuve :

Une femme de 59 ans, se plaignant de toux, de dyspnée, consulte un médecin qui pratique à la base thoracique gauche une ponction exploratrice. Un liquide « eau de roche » est retiré, ce qui justifie l'hospitalisation avec le diagnostic de kyste hydatique intra-thoracique. La répétition d'une telle manœuvre ne sera pas tentée ; d'autre part, toutes les réactions biologiques de l'échinococcose ont été négatives.

Dans les antécédents, on note des troubles cardio-vasculaires avec algies précordiales, vertiges, dyspnée, qui ont nécessité la mise en œuvre d'un traitement spécifique.

En Février 1942, cette femme accuse de vives douleurs intercostales à type constrictif. On observe un clangor aortique accentué ; à gauche le silence respiratoire avec matité est total jusqu'au tiers supérieur du poumon.

Radiographie. On perçoit sur l'ombre du cœur une grosse opacité piriforme, à parois en partie calcifiées et qui doit être le kyste incriminé. Toute la base de l'hémithorax est occupée par une ombre homogène, noyant celle du cœur et du kyste et qui est, peut-être, celle d'un liquide surajouté. L'aorte est calcifiée, le diamètre de la crosse atteint 30 *mm*.

Le diagnostic porté est celui de kyste hydatique, chez une spécifique, avec lésions accusées d'aortite.

Sous anesthésie locale, résection sur 6 *cm*. de l'arc postérieur des 5e et 6e côtes. Sous la plèvre libre d'adhérences on sent une masse résistante, régulière, immobile, paraissant tenir aux corps vertébraux. Tamponnement. Dans les suites immédiates, suppuration pariétale. Cette femme quitte l'hôpital en Avril et n'accepte pas un deuxième temps opératoire. Elle revient en Mars 1943 : les algies thoraciques sont devenues plus intenses, l'altération de l'état général est frappante.

Sur les radiographies de face (fig. 1) on voit : 1° l'hémithorax droit est occupé, à sa partie moyenne et interne, par une ombre cylindrique et arciforme, remontant sous la clavicule (aorte dilatée, légèrement, à parois calcifiées). Cette ombre paraît se continuer avec une zone inférieure pulsatile en scopie, correspondant au cœur refoulé ; 2° dans les deux tiers inférieurs de l'hémithorax gauche on voit une masse d'opacité très accusée, homogène, dont le contour supéro-externe est calcifié ; 3° les parties visibles des plages pulmonaires ne présentent pas de lésions ; il existe une réaction pleurale légère. L'œsophage est refoulé sans arrêt de la baryte.

La morphine apporte seule quelque soulagement à des douleurs intolérables. Cette malade nous demande de ne pas l'abandonner à son malheureux sort.

Incision à travers la cicatrice première, suivie de l'exploration rapide de la partie accessible des lésions. On reconnaît l'existence d'une masse dure, immobile, dans la gouttière latéro-vertébrale, refoulant le poumon. Au pôle supérieur, l'index perçoit les battements aortiques. Au pôle inférieur, une ponction à l'aiguille fine reste blanche ; un trocart plus gros ramène des

débris brun foncé pareils à de petites miettes de pain imbibées d'eau. Une fissuration se produit dans ce qui paraît être une membrane amincie. Tamponnement.

Le décès survient quelques jours après.

Seule la vérification de la cavité thoracique a été possible : hémothorax (500 cm^3 environ) ; le poumon est transformé en un organe aplati. Le cœur, de volume normal, est fortement déjeté vers la droite par la tumeur qui fait suite à la crosse aortique élargie régulièrement, dont les parois indurées portent de nombreuses plaques calcaires.

La tumeur anévrysmale développée aux dépens de l'aorte thoracique descendante sur toute sa longueur a le volume d'une



Fig. 1.

tête fœtale, avec un pôle supérieur globuleux, un pôle inférieur allongé qui se prolonge jusqu'au tronc cœliaque. La paroi du sac, amincie par place, présente irrégulièrement disséminées des calcifications. Sa face interne porte des stratifications fibrineuses organisées. Le reste de la cavité est empli par une masse brunâtre, divisée en fines particules et ramollie. Le sac, une fois vidé de son contenu, laisse voir l'ouverture de la crosse aortique béante, les parois vasculaires présentant un épaississement calcaire en anneau (fig. 2). L'examen anatomopathologique montre des lésions inflammatoires chroniques d'origine spécifique probable.

Cette observation est un exemple de la latence d'évolution de certaines ectasies aortiques. Tumeur solide, avons-nous dit. Cette lésion de l'aorte thoracique descendante dans sa totalité était comblée de formations cruroriques anciennes et récentes donnant l'impression d'une masse dure, sans expansion, où le cours du sang s'établissait suivant d'étroits méandres.

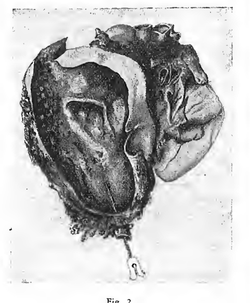


Fig. 2.

Au moment tardif de notre examen, la radiographie ne pouvait donner d'utiles précisions. D'ailleurs, même dans les formes moins évoluées, les signes radiologiques sont d'interprétation difficile : l'ombre de la poche tend à se confondre avec celle du cœur, ou bien elle se perd dans l'opacité générale de l'hémithorax lorsqu'il existe un épanchement.

LES INDICATIONS DE LA TRANSFUSION DE SANG FRAIS ET DE LA PERFUSION DE SANG CONSERVÉ EN NEURO-CHIRURGIE

Par **S. DAUM**
(Paris)

L'hémorragie demeure un des graves dangers de la neuro-chirurgie cranio-cérébrale, malgré le perfectionnement des moyens techniques qu'on lui oppose. Par son abondance, par sa soudaineté, elle peut mettre en danger la vie du malade sur la table d'opération même. D'autres fois, bien que son abondance ne paraisse pas inquiétante en soi, elle suffit à compromettre les capacités de résistance d'un organisme affaibli. Pour pallier à l'hémorragie, on a eu recours, dès le début de l'ère neuro-chirurgicale, à la transfusion sanguine. Les conjonctures de la guerre actuelle ayant conduit à envisager une large utilisation du sang conservé, notre maître le Prof. Clovis Vincent a été amené à affirmer ses avantages par rapport au sang frais et à l'employer systématiquement, dans des circonstances données, *au cours* des opérations de neuro-chirurgie.

Ces circonstances sont en général aisées à prévoir. La chirurgie médullaire (à part celle des angiomes et de certains cancers vertébraux), un simple volet décompressif, une intervention pour arachnoïdite opto-chiasmatique, pour adénome de l'hypophyse, une section du trijumeau par voie temporale ou du nerf vestibulaire n'exposent pas à une hémorragie importante et il est inutile de la compenser. Par contre, dans tout syndrome de grande hypertension intra-cranienne, il faut s'attendre à ce que la seule taille du volet fasse saigner beaucoup un malade qui, par surcroît, a souvent un état général précaire; cela est particulièrement à craindre dans les hypertensions de la fosse postérieure, où les dérivations veineuses acquièrent fréquemment une importance considérable ; certaines variétés de tumeur, dont le diagnostic pré-opératoire peut être fait avec précision (neurinome de l'acoustique, méningiome en particulier dans sa variété angioblastique, angiome), font prévoir une grande hémorragie; les tumeurs de la poche de Rathke exposent à de dangereuses blessures vasculaires et, plus encore, au collapsus cardio-vasculaire que la déperdition sanguine, sans en être la cause directe, risque de favoriser.

Le principal avantage du sang conservé est de pouvoir être utilisé en perfusion goutte à goutte, à la manière du sérum physiologique intra-veineux, mais avec une efficacité incomparablement supérieure. Deux facteurs régleront la vitesse d'écoulement : la quantité de sang perdue que l'on vise à remplacer au fur et à mesure, le chiffre de la tension artérielle. L'évaluation du sang perdu se fait d'une manière simple tout au long de l'opération : la majeure partie est absorbée par l'aspirateur et recueillie dans un bocal gradué; l'aspirateur absorbe par ailleurs du sérum physiologique qu'on prélève dans un cristallisoir gradué, en le déduisant du volume de liquide contenu dans le bocal, on obtient, quant au chiffre de l'hémorragie, une approximation assez grossière, mais pratiquement suffisante. La tension artérielle est mesurée toutes les cinq minutes, à l'aide d'un appareil de Pachon dont le brassard est fixé au bras. Souvent le remplacement du sang perdu la maintient à un niveau suffisant ; d'autres fois elle baisse dangereusement et sans proportion avec l'hémorragie, on est amené alors à hâter la vitesse de la perfusion ; à l'inverse, si la tension artérielle monte (cas assez rare observé dans les interventions au voisinage du tronc cérébral), on arrête la perfusion.

Ainsi, l'utilisation du sang conservé[1] évite la plupart du temps les chutes brutales de pression. Celles-ci conduisaient autrefois à une transfusion d'urgence dont les désavantages par rapport à la perfusion sont manifestes : techniquement elle est pratiquée dans des conditions d'incommodité qu'évite la perfusion, installée avant la pose des champs opératoires ; elle réclame habituellement, avant que le donneur soit sur les lieux, un délai qui — si court soit-il — peut être désastreux ; enfin et surtout, si elle élève la tension artérielle avec trop de soudaineté, elle risque de faire céder l'hémostase.

Il arrive, par exemple lorsqu'on a blessé un sinus, que l'hémorragie survienne avec une abondance véritablement cataclysmique. La tension artérielle s'effondre aussitôt. Quelle que soit la vitesse d'écoulement de la perfusion, elle est insuffisante. Il faut alors vider les flacons de sang conservé dans une cupule stérile et injecter avec une seringue. Ou bien, si l'on a un donneur sous la main, on pratique une transfusion de sang frais.

On voit donc que la transfusion habituelle conserve peu d'indications au cours même des interventions neuro-chirurgicales. Mais elle en conserve qui sont capitales au cours des suites opératoires immédiates. L'opéré a été transporté dans sa chambre, la mesure régulière de sa tension artérielle reste un des facteurs à surveiller, toutes les heures, au besoin toutes les demi-heures. Si la maxima s'abaisse à 9 et au delà, il faut faire une transfusion d'urgence, de 300 à 500 *g.*; à ce moment, l'hémostase s'est parachevée, la soudaine élévation de la tension artérielle ne comporte plus de danger, elle est au contraire souhaitable et, à ce point de vue, le sang frais est préférable. Lorsque le malade a perdu beaucoup de sang pendant l'intervention (800 *g.* et plus), même s'il y a été suppléé en totalité par du sang conservé, même si dans les heures qui suivent la tension artérielle se maintient à un niveau satisfaisant, il faut, quatre heures après la fin de l'intervention, pratiquer *systématiquement* une transfusion de 300 à 400 *g.* C'est là une notion sur laquelle le Prof. Clovis Vincent insiste avec force. Faute d'observer cette précaution, on risque, après une évolution immédiate qu'on croit favorable, de voir s'installer brusquement un collapsus cardio-vasculaire, mortel quoi qu'on fasse, y compris les transfusions massives.

Au cours des suites opératoires plus éloignées, on peut être amené encore à transfuser le malade, soit comme moyen de lutte contre une hypotension qui persiste, en l'associant aux injections régulièrement répétées de cortine de synthèse, soit à titre plus spécialement médical : anémie dont la cause est parfois patente (radiothérapie pénétrante, sulfamidothérapie), état de dénutrition qui est l'apanage des craniopharyngiomes adhérant au plancher du 3e ventricule.

1. Nous avons eu constamment recours au sang citraté fourni par le Centre national de transfusion sanguine (hôpital Saint-Antoine) ; sur plusieurs centaines de cas, il n'y a jamais eu d'accident imputable à la perfusion; le seul incident a été parfois un frisson avec ascension thermique, au cours de la perfusion, ou un peu plus tard dans les délais habituels du choc post-transfusionnel.

MOUVEMENT MÉDICAL

VITAMINE DE PERMÉABILITÉ CAPILLAIRE

C'est en 1936 que Szent-Györgyi et ses collaborateurs montrèrent que l'orange, le citron et le paprika, utilisés comme source de vitamine C, augmentent la résistance des vaisseaux capillaires et font disparaître certains purpuras chez l'homme. Ils faisaient remarquer que l'acide ascorbique pur ne possède pas cette propriété.

On sait que le scorbut s'accompagne de phénomènes hémorragiques ; Szent-Györgyi les attribua au défaut de la substance hypothétique mise en évidence par ses expériences cliniques : il désigna cette substance sous le nom de vitamine P (de perméabilité capillaire).

L'expérience faite sur des cobayes soumis au régime scorbutigène montra à Szent-Györgyi que l'addition au régime d'un extrait de citron, exempt d'acide ascorbique, diminue le nombre et l'importance des lésions hémorragiques et assure, de plus, une survie plus longue. Cette expérience fut considérée par son auteur comme parfaitement démonstrative de l'existence, dans l'extrait de citron, d'une vitamine spéciale, différente de l'acide ascorbique, et capable de faire disparaître une partie des symptômes du scorbut expérimental ; le scorbut lui-même fut dès lors envisagé comme une carence mixte : défaut de vitamine C (acide ascorbique), associé au défaut de vitamine P.

Szent-Györgyi appela « citrine » l'extrait préparé à partir du citron et attribua d'abord ses propriétés à l'hespéridine, puis, lorsqu'il fut établi que cette substance est dénuée d'activité, à un corps voisin, l'ériodictyol, qu'on trouve surtout dans le citron mûr. Ces composés existent chez les dérivés du flavane, la flavone, le flavonol et la flavanone. La « citrine » contiendrait en plus des flavanones, un flavonol : le quercétol.

C'est en recherchant une substance intervenant dans les phénomènes d'oxydation de l'acide ascorbique que Huszak démontra que les dérivés du flavane interviennent comme substances fonctionnelles dans un type du transfert de l'hydrogène métabolique chez les végétaux. Dans ce système le peroxyde d'hydrogène formé par la combinaison de l'hydrogène avec l'oxygène oxyde en présence de peroxydase le dérivé flavonique. Ce dernier oxyde à son tour une molécule d'acide ascorbique. A cet égard, le quercétol est très actif, de même l'ériodictyol, tandis que l'hespéridine est rigoureusement inactive.

L'activité physiologique des substances flavoniques trouve dès lors une base d'ordre biochimique n'intéressant, il est vrai, que les végétaux : la flavone intervient comme coferment d'un système fermentaire. Les substances flavoniques se comporteraient donc comme de véritables transporteurs d'hydrogène, au même titre que les vitamines B_1, B_2, C et PP.

Mais l'expérience primitive de Szent-Györgyi (sur les cobayes soumis au régime scorbutigène), qui avait permis d'apporter la notion de vitamine P, ne put être reproduite, ni par Zilva, ni par Szent-Györgyi lui-même. Ce dernier considéra alors que les substances flavoniques jouaient dans l'organisme animal un rôle analogue à celui que Huszak leur avait attribué chez les végétaux, et c'est vraisemblablement pour cette raison qu'il affirma que la « citrine » réclame, pour manifester son action vitaminique, la présence d'une petite quantité d'acide ascorbique, à défaut de laquelle elle reste sans effet.

Cependant, il restait acquis que la « citrine » possède un effet curatif sur divers états pathologiques intéressant les capillaires, et Szent-Györgyi et ses collaborateurs rapportaient une série d'observations portant sur des affections variées.

La fragilité des capillaires chez les purpuriques est couramment appréciée par l'épreuve du lacet, mais la valeur de cette épreuve est plutôt qualitative, car le nombre des pétéchies ne donne pas une idée exacte du degré de la lésion des capillaires. C'est pourquoi les auteurs utilisèrent les méthodes d'examen des capillaires soumis à une pression négative (1) : ces méthodes permettent, en effet, une appréciation quantitative des troubles des parois capillaires ; par l'état d'œdème de la peau qu'elles déterminent on peut déceler l'augmentation de la perméabilité ; ces méthodes, enfin, sont plus sensibles que l'épreuve du lacet. Les appareils construits à cet effet consistent en une ventouse de verre reliée à un système permettant de produire une pression négative à l'intérieur de celle-ci, et à un manomètre à mercure. Pratiquement, on provoque une pression négative dans la ventouse pendant une minute et l'on constate le nombre et l'importance respective des pétéchies formées; il est préférable d'examiner toujours la même partie de la peau et la région de l'avant-bras se prêterait le mieux à ces recherches : la valeur normale correspond à une pression négative comprise entre 30 et 40 *cm*. Hg. En cas de signe positif pour une pression de 40 *cm*. Hg, on renouvelle l'examen dans les régions voisines en diminuant progressivement la pression jusqu'à l'obtention de la valeur minima provoquant l'apparition des pétéchies.

On apprécie, d'autre part, la mesure de perméabilité des parois des capillaires aux protéines par la méthode de Landis. Au moyen d'un brassard réalisant une compression de 40 *cm*. de Hg, on détermine une stase sanguine pendant trente minutes ; on prélève ensuite du sang veineux au bras intéressé et à l'autre bras, et l'on analyse les deux sangs. L'hématocrite permet de calculer la fuite d'eau du côté où la stase a été provoquée, le dosage des protéines du sérum, de la sérum-albumine et de la sérum-globuline permet de calculer, compte tenu de la fuite d'eau, la valeur de la fuite éventuelle des protéines aux travers des parois capillaires.

L'injection intraveineuse quotidienne de « citrine » a provoqué le retour à la normale de la résistance capillaire des sujets chez lesquels cette résistance était diminuée ; la perméabilité aux protéines a été ramenée à des valeurs normales, le purpura a disparu. A ce propos, les auteurs remarquent que leur substance guérit le « purpura vasculaire » et qu'elle n'a presque pas d'action dans les cas de « purpura thrombopénique ».

En 1940, en France, MM. Chiray, J. Lavollay et H. Maschas (2) utilisèrent des extraits préparés à partir d'écorces d'oranges et renfermant la fraction flavonique de celles-ci (leur mélange était exempt d'hespéridine). Ces extraits étaient injectés en solution dans l'eau à la concentration de 20 *mg*. par centimètre cube. Ces auteurs rapportèrent un cas de cirrhose éthylique avec purpura qui parut bénéficier de cette thérapeutique. Le traitement consista en injections intraveineuses de 2 cm^3, puis de 4 cm^3 d'extrait flavonique par jour. Ce traitement, institué à trois reprises successives, entraîna, chaque fois, une amélioration clinique générale, l'atténuation du purpura ; le signe du lacet très positif devenait négatif après quelques jours de traitement.

Dans un autre cas où l'on injecta 20 *mg*. d'extrait par jour par voie intraveineuse pendant plusieurs semaines, la résistance capillaire, anormalement basse au début (20 *cm*. Hg), s'est constamment améliorée au point d'atteindre 31 *cm*. Hg et la fuite des protéines à travers les capillaires diminua dans des proportions très importantes.

Il était ainsi bien démontré que les extraits d'orange ont une action très favorable sur la résistance et sur la perméabilité des capillaires.

Signalons, à ce propos, que MM. Binet et Tanret (3), puis Laederich (4) rapportèrent l'action favorable de cures de citrons sur un certain nombre de cas d'ascites cirrhotiques, et ils observèrent au cours de la cure une action diurétique, à retardement, mais prolongée, un arrêt également à retardement du processus ascitique et la résorption progressive de l'ascite.

Ces auteurs rapportaient l'action favorable du citron au rôle vraisemblable de la vitamine P, connue depuis les travaux de Szent-Györgyi.

Ainsi donc, si l'existence de la vitamine P était vraisemblable, on ne connaissait cependant pas encore sa nature exacte, ni son mode d'action.

En France, depuis 1940, la question a été étudiée par J. Lavollay avec J. Neumann et par J.-L. Parrot (5). A l'origine de ses recherches J. Lavollay fit l'hypothèse suivante : « L'hormone qui règle « le tonus des capillaires » est l'adrénaline (les capillaires sont en effet sensibles à l'action de l'adrénaline, la réduction de leur lumière résultant sans doute de la rétraction des cellules de Rouget) ; si des substances exogènes sont capables de modifier la résistance de ces vaisseaux, il est permis de supposer qu'elles exercent cet effet en modifiant, en exaltant l'action de l'adrénaline. Cette hormone étant une substance éminemment oxydable à l'air, qui est effectivement oxydé dans l'organisme avec une très grande vitesse (avec ou sans l'intervention d'enzymes), l'action d'une substance exogène active sur la résistance ou la perméabilité capillaire pourrait être due à une inhibition de l'oxydation de l'adrénaline. »

Il est à noter que, d'après cette hypothèse, une telle substance agirait sur le contrôle nerveux des vaisseaux.

Conformément à cette hypothèse, J. Lavollay et Neumann purent vérifier que les extraits d'écorces d'agrumes avaient une forte action inhibitrice de l'autoxydation de l'adrénaline.

Ils étudièrent ainsi l'action d'extraits d'oranges très purifiés, exempts d'hespéridine. La marche de l'autoxydation était suivie en lumière filtrée à l'aide d'un appareil à cellule photo-électrique permettant d'apprécier en fonction du temps les quantités d'adrénochrome formées (l'adrénaline étant transformée en adrénochrome, de coloration rouge, sous l'influence des systèmes oxydants).

Le maintien de l'adrénaline, sous sa forme physiologiquement active, fut également vérifié par l'essai pharmacodynamique sur des organes isolés, en particulier sur l'intestin de cobaye (un fragment est suspendu dans un bain de liquide de Tyrode : les mouvements de l'organe sont transmis par un myographe et enregistrés sur un cylindre). Normalement, une petite quantité d'adrénaline (de l'ordre de 10 γ par 140 cm^3) inhibe le tonus et les mouvements rythmiques de la musculature digestive pendant un temps en rapport avec la dose d'adrénaline introduite. Après addition de substances dérivées de la flavone, on note une augmentation de l'allongement de l'organe, une suspension beaucoup plus longue des contractions rythmiques.

Il était donc démontré que les substances flavoniques assurent le maintien prolongé du taux de l'adrénaline dans sa forme active en la préservant de l'autoxydation.

Ces mêmes substances témoignent de la propriété d'accroître la résistance des capillaires chez les cobayes mis au régime scorbutigène.

En recherchant les effets des mêmes dérivés de la flavone sur l'oxydation enzymatique de l'adrénaline, Lavollay et Neumann trouvèrent que l'oxydation peroxydasique de l'adrénaline par la peroxydase et l'eau oxygénée est très fortement activée par des traces de ces substances au point de devenir instantanée.

Les flavones et les flavonols actifs se comportent donc comme des coferments puissants de l'oxydation peroxydasique de l'adrénaline, le système de Szent-Györgyi et Huszak, que nous avons vu valable chez les végétaux, a donc son pendant dans le règne animal.

Mais l'action des dérivés de la flavone sur les effets physiologiques de l'adrénaline *in vivo*, étudiée en particulier sur la membrane nictitante du chat (l'adrénaline injectée par voie intraveineuse en provoque la rétraction), fut entièrement négative.

Les dérivés de la flavone se montrant inactifs, J. Lavollay et J.-L. Parrot entreprirent l'étude des corps de composition voisine, spécialement les dérivés du chromane ; ils s'arrêtèrent à la catéchine (isolée à partir du cachou) et constatèrent que cette substance possède à la fois la propriété d'accroître la résistance capillaire et de ralentir dans l'organisme la destruction de l'adrénaline, ce qui vient à l'appui de l'hypothèse émise par Lavollay et Neumann.

La catéchine, par voie intraveineuse, manifeste déjà son action à la dose de 0 *mg*. 1 par kilogramme (on obtient une amplification importante de la contraction de la membrane nictitante du chat provoquée par une perfusion continue d'adrénaline dans du sérum physiologique).

Chez le cobaye soumis au régime scorbutigène, une seule injection intra-péritonéale de 2 *mg*. fait passer la résistance capillaire de 8 à 26 *cm*. de Hg. De plus, la catéchine exerce une action semblable par voie buccale.

Il apparaît donc de toutes ces recherches que les dérivés de la flavone et surtout ceux du flavonol présentent, à des degrés divers, l'activité vitaminique.

La propriété d'accroître la résistance capillaire et celle de prolonger les effets pharmacodynamiques de l'adrénaline vont de pair.

La recherche de substances pouvant manifester *in vivo* la prolongation des effets physiologiques de l'adrénaline a conduit Lavollay et J.-L. Parrot à un corps voisin mais différent de tous ceux qui avaient été jusqu'alors mis en cause, la catéchine.

Du point de vue structural, cette substance se différencie nettement des flavones et des flavonoles dérivés de la phényl-chromane, puisqu'il s'agit d'un dérivé du chromane, comme l'est d'ailleurs une autre vitamine, la vitamine E.

D'ailleurs, comme le souligne Lavollay, les flavones, les pigments anthocyaniques et les catéchines forment une famille assez riche en représentants et en isomères pour qu'il reste l'espoir de découvrir d'autres corps possédant une activité égale et peut-être supérieure.

On voit l'intérêt clinique et thérapeutique considérable de ces substances :

chez l'homme, les doses à utiliser seraient de 50 *mg*. à 1 *g*. en injection intraveineuse.

On a vu les résultats très favorables obtenus dans les ascites cirrhotiques (augmentation de la diurèse, asséchement progressif de l'ascite), dans les purpuras avec fragilité capillaire.

Les essais devront être étendus à certains syndromes hémorragiques où la fragilité capillaire peut être mise en cause [certains cas de néphrite hématurique, certaines côlites ulcéreuses, certaines hémoptysies, gingivorragies... (6)].

Dans les œdèmes cardio-vasculaires, les résultats par la cure de citrons se sont montrés négatifs, mais il faudrait reprendre les essais avec les substances actives actuellement isolées.

Enfin, les substances possédant la propriété vitaminique P, prolongeant pendant un temps considérable l'effet d'une injection d'adrénaline, permettraient, le cas échéant, de lutter avec efficacité contre le collapsus vasculaire et par conséquent contre les manifestations de choc (Lavollay et Neumann).

A l'état normal, ces substances, qui sont apportées par les aliments d'origine végétale, doivent circuler dans l'organisme et y maintenir une certaine concentration de la sympathine circulante.

André Paraf.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Borbely : *Münch. Med. Woch.*, 1930, 886. — W. Zahorski : *Le Sang*, 1940-1941, 14, n° 7, 441. — (2) Chiray, Lavollay et Maschas : *La Revue du foie*, 1942, 1, n° 1, 53. — (3) Binet et Tanret : *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 12 Décembre 1941, 832. — (4) Laederich : *Ibid.*, 835. — (5) J. Lavollay : Structure et rôle fonctionnel de la vitamine P (*Hermann et Cie*, édit.), Paris, 1943 [Bibliographie]. Voir depuis : J. Lavollay : *C. R. Soc. Biol.*, 1943, 137, 23. — J.-L. Parrot : *C. R. Soc. Biol.*, 1943, 137, 171. — (6) V. Vacek : *Schw. M. W.*, 15 Février 1941, 155.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

4 Avril 1944.

Sur les principes nouveaux qui commandent la pathogénie de la fièvre typhoïde; leur application à la sérothérapie de cette affection. — M. H. Vincent montre que la fièvre typhoïde est essentiellement une maladie d'intoxication dont tous les symptômes et toutes les lésions caractéristiques relèvent directement, non du bacille lui-même, mais de l'association de la neurotoxine et de l'entérotoxine sécrétées par les microbes en proportion variable, selon leur race, les réactions défensives du sujet et son degré de résistance. La sérothérapie de la fièvre typhoïde ne doit donc pas être antimicrobienne et les nombreuses tentatives faites avec des sérums ainsi préparés n'ont pas donné de résultats nets; cette sérothérapie doit viser surtout la neutralisation des poisons solubles développés chez le malade infecté.

L'auteur a immunisé des chevaux par injections prudentes et répétées de toxines, après immunisation contre le bacille; les chevaux, très sensibles à ces toxines, meurent souvent avant de fournir un sérum assez actif; aussi les essais thérapeutiques ont-ils été peu nombreux, les contrôles ont montré que des cobayes recevant de 1/100 à 1/1.000 de centimètre cube de sérum 18 heures avant l'injection de toxines ou de cultures hypervirulentes mortelles pour tous les témoins, survivent dans la totalité des cas et qu'on peut guérir les cobayes en leur injectant du sérum 2 heures après l'inoculation mortelle. Sur 77 malades traités, 3 seulement sont morts; chez les 74 malades guéris, tous les symptômes ont disparu en moyenne après la 4e injection quotidienne de sérum, souvent après 2 ou 3 injections; les injections intraveineuses ont été très efficaces et on a signalé des guérisons dans des formes désespérées. L'auteur a entrepris l'immunisation d'une nouvelle série de chevaux.

Vasoformation et polyangéies. — MM. Laubry et Louvel, s'appuyant sur les expériences de Champy montrant l'importance et la facilité de la vasoformation, notamment sous l'influence du CO^2, ont recherché son expression en clinique et en décrivent les manifestations sous le nom de polyangéies : polyangéies des cyanoses au cours des affections cardiaques et pulmonaires congénitales ou acquises, qui dépendent de l'état de subasphyxie des cyanotiques, polyangéies régionales des cyanoses segmentaires, polyangéies des phlébites, polyangéies de la ménopause, de la grossesse, de l'obésité dépendant de vasoformations par stimulation hormonale. La vasoformation, fonction de dilatation vasculaire, semble réservée aux capillaires et aux veines; elle est conditionnée par l'hypotension qui permet le réveil des propriétés vasoformatrices des cellules endothéliales.

Valeur pratique d'une modelation nouvelle de la psychothérapie. — M. Laignel-Lavastine donne les résultats de l'individualisation d'une méthode morale qui redonne à chacun confiance en lui-même par la preuve qu'il acquiert qu'on aime sa personne, la comprend et qu'on est apte à faire pour lui des sacrifices d'ordre moral et matériel; sur 63 sujets abandonnés par les consultations spécialisées, 60 ont pu être réinsérés dans un métier ou une profession avec un rendement utile.

Sur l'origine du sympathique. — M. Rouvière présente une note de M. Delmas qui a enlevé à des embryons de discoglosse, après fermeture de la gouttière neurale, une bande d'ectoblaste, la crête neurale et parfois la partie dorsale correspondante du tube neural du côté de l'intervention; le sympathique ne forme pas d'amas métamériques bien individualisés et n'existe que sous la forme de quelques cellules isolées qui paraissent provenir de la paroi ventrale du tube médullaire.

Perfectionnement des micro-réactions sur buvard. — M. Gougerot présente une note de Mlle Héry qui décrit des modifications des méthodes de dépistage de la syphilis de Demanche et de Giacardy rendant leur emploi plus pratique dans les usines : diminution de la surface des buvards et du volume des liquides employés, adjonction prudente de globules très dilués de mouton pour tenir compte de l'inactivation différente de chaque buvard suivant sa dessiccation.

Remarques sur les syndromes de Foville et de Parinaud. — M. Jayle.

18 Avril.

Relations entre les fibro-adénomes mammaires spontanés et l'état endocrinien chez le rat. — MM. G. Roussy, M. et P. Guérin mettent en évidence une dysendocrinie avec altérations prolifératives de l'hypophyse et d'autres glandes endocrines dans une proportion élevée (près de 40 pour 100) des rats porteurs d'adénofibromes mammaires; il est possible que cette dysendocrinie représente l'une des causes déterminantes de ces tumeurs mammaires bénignes; ils démontrent aussi l'existence d'une relation entre le type architectural de la tumeur et l'état endocrinien, par la fréquence des adénomes sécrétants mammaires associés à des adénomes hypophysaires.

Diencéphale et psychisme. — M. J. Lhermitte rappelle que le système organo-végétatif du tronc cérébral, et en particulier du plancher du 3e ventricule, possède une action sur la vie psychique; les syndromes que peuvent entraîner les désorganisations de cet appareil sont de plusieurs ordres; les plus fréquents tiennent dans la confusion amnésique, hallucinatoire et fabulante qui présente beaucoup de traits communs avec la psychose de Korsakoff; on peut observer aussi des modifications du caractère et de la personnalité morale, enfin des syndromes dysthymiques maniaco-mélancoliques; les hallucinoses dites pédonculaires sont liées à des altérations qui portent sur la partie caudale du diencéphale médian et son prolongement postérieur. Les altérations du sympathique du mésencéphale et du rhombencéphale peuvent elles aussi entraîner un dérèglement de l'activité consciente d'un autre type.

Sulfamidothérapie et sulfamido-résistance. — M. Jaubert, pour éviter les cas de sulfamido-résistance de plus en plus fréquents dans la blennorragie, conseille de faire des traitements précoces, de courte durée et d'utiliser une posologie forte; on peut adjoindre à la sulfamidothérapie des médications adjuvantes et notamment toute vaccinothérapie spécifique capable de provoquer un mordançage favorisant l'action de la chimiothérapie.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

19 Avril 1944.

Le traitement iodo-sulfamidé des affections à staphylocoques. — M. Legroux rappelle une fois de plus la nécessité qu'il y a d'employer des quantités suffisantes d'iode et de sulfamide, sous peine d'échecs thérapeutiques.

Indications opératoires dans les grands traumatismes de la moelle épinière. — M. Lhermitte distingue les sections complètes de la moelle, avec conservation du fourreau duremérien, les sections avec lésion de cet étui, les sections incomplètes. Le signe le plus net des sections complètes est la disparition de toutes les sensibilités et l'apparition rapide d'hématomes et d'escarres très importants. L'auteur dit qu'il faut apprécier les troubles de la sensibilité en se méfiant des assertions des malades et en connaissant les réorganisations curieuses du segment médullaire au-dessous de la section. Le niveau des lésions peut être précisé par la clinique, mais il est impossible d'apprécier ainsi la qualité des lésions. Ni les radiographies, ni les ponctions ne permettent de les évaluer correctement. La laminectomie précoce permet seule de lire les lésions : en cas de section complète, on peut toujours réduire plus aisément la fracture et rétablir l'intégrité du fourreau dural. S'il n'y a que commotion, la laminectomie permet à la moelle œdématiée de jouer plus librement. Les tentatives de myélorraphie n'ont pas donné de résultat.

Chez les anciens traumatisés, avec paralysies persistantes, l'intervention donne souvent des améliorations en dégageant les coalescences entre la moelle et l'étui dural.

Hernies diaphragmatiques congénitales. — M. Santy (Lyon) présente des observations intéressantes montrant la disparition des étranglements gastriques et indiquant les procédés opératoires mis en œuvre avec succès.

Les lendemains douloureux des opérations pour appendicite aiguë. — M. Chavannaz (Bordeaux) décrit les diverses éventualités suivantes : après l'appendicectomie d'urgence, on peut voir des syndromes douloureux de cause inconnue : tantôt l'appendice n'a pas été réellement enlevé, tantôt il en demeure un segment, soit près de l'insertion, soit proche de la pointe.

Les blessures par duralumin. — M. Chavannaz, depuis 10 ans, a remarqué que les blessures des doigts, de la main, de l'avant-bras créées par le duralumin affectent un type spécial : rapidité et fréquence des panaris graves, sévérité des processus infectieux, allure atone, comme intoxiquée des plaies opératoires. L'auteur se demande si la cause de ces lésions réside dans la toxicité du duralumin, ou dans l'apport microbien des huiles de graissage avec lesquelles se travaille ce métal. Il pense que ces lésions ont une spécificité telle qu'elles devraient être traitées dans des services particuliers.

— M. Rudler a également soigné des plaies de ce genre. Il insiste sur la gravité et la longue durée des lésions inflammatoires, et sur l'allure spéciale des lésions secondaires, torpides, simulant le durillon, mais fistulisées, et nécessitant des exérèses très larges qui n'obtiendront qu'une cicatrisation extrêmement ralentie.

— M. Desplas a vu des aspects nécrotiques prenant même le type de l'artérite gangréneuse. Il incrimine avant tout l'emploi des huiles de graissage souillées d'anthracènes et de phénols.

Hydronéphrose infectée, géante, méconnue, exclue, guérie par néphrectomie. — M. Couvelaire rapporte cette observation heureuse de M. Bartet.

Jean Calvet.

SOCIETE DE BIOLOGIE

22 Avril 1944.

Hypercalcémie provoquée par le dipropionate d'œstradiol chez le cobaye. — MM. G. Poumeau-Delille et J. Fabiani rappellent que l'action hypercalcémiante de la folliculine est admise sans discussion par tous les auteurs chez l'oiseau; les résultats obtenus sont, par contre, fort discutés chez les mammifères.

Le dipropionate d'œstradiol injecté à la dose de 1 mg. par jour durant 25 jours chez des femelles de cobayes adultes provoque une hypercalcémie d'apparition tardive et élevée jusqu'à 290 mg.

Le benzoate d'œstradiol n'a, par contre, aucune action notable sur la calcémie.

Etude d'un test de détermination des propriétés anthelminthiques des dérivés triphénylméthaniques. — M. R. Deschiens. Ce test comporte 3 épreuves : 2, *in vitro*, sur des rhabditidés et des larves de strongylidés; 1, *in vivo*, fondée sur l'action en injection *per anum* des solutions à essayer vis-à-vis d'oxyuridés de la souris; il permet le contrôle pharmacologique des médications anthelminthiques solubles ou pouvant être mises en suspension dans l'eau, et particulièrement des dérivés triphénylméthaniques (fuchsine, violets de méthyle, vert malachite).

Recherches sur les propriétés parasiticides des fuchsines. — MM. R. Deschiens et L. Lamy. L'action toxique des fuchsines très marquée envers les Nématodes (parasites du tube digestif) et de certains Cestodes est faible envers les Mammifères-hôtes, ce qui permet d'envisager une application thérapeutique. La dose curative dans l'oxyurose chez l'homme est de 0 g. 005 à 0 g. 01 par kilogramme et par jour pendant 8 à 10 jours, en pilules glutenisées; la dose toxique minima mortelle chez le lapin est de 0 g. 15 par kilogramme et par jour en 10 jours ; le coefficient chimiothérapeutique moyen C/T = 1/20.

Rôle de la déficience azotée dans la production expérimentale des œdèmes par déséquilibre alimentaire. — M. Raoul Lecoq montre que la production expérimentale des œdèmes par déséquilibre alimentaire, chez le rat, au moyen du régime exclusif de chocolat, s'accompagne d'hypoprotidémie, spécialement d'hyposérinémie. Les régimes artificiels hypoazotés ne sont capables de reproduire le syndrome qu'en présence d'un facteur adjuvant (théobromine et caféine, par exemple) révélateur de la déficience protidique.

Mécanisme de l'action de l'anoxémie hypocapnique sur la motricité intestinale. — M. R. Grandpierre.

Etude des réactions de floculation. — M. A. Dognon et Mlle Y. Simonot.

Mécanisme de la réaction du benjoin colloïdal : nouvelle réaction de floculation. — M. A. Dognon et Mlle Y. Simonot.

Manifestations précoces et transitoires de déséquilibre alcalosique chez le rat soumis à un régime scorbutigène. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq.

Les effets de l'histamine et d'un antihistaminique de synthèse (2339 RP) sur l'excitabilité viscérale. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

15 Octobre 1943.

Apoplexie utéro-placentaire après deux césariennes. — M. Séjournet rapporte le cas d'une femme observée par M. Courtois (Saint-Germain-en-Laye), laquelle ayant déjà subi 2 césariennes fut atteinte, au cours d'une 3e grossesse, d'apoplexie utéro-placentaire évoluant silencieusement. Le diagnostic posé, au début du 8e mois, une hystérectomie fut pratiquée. La malade guérit et l'enfant fut sauvé.

Perforation utérine en dehors de la grossesse. — M. Séjournet rapporte également le cas d'une autre malade de M. Courtois qui entre à l'hôpital pour hémorragie utérine persistante. L'utérus était petit, atrophique. Devant l'aggravation des signes généraux et l'impossibilité d'arrêter les hémorragies, à l'intervention on trouve l'abdomen plein de sang et on constate une perforation utérine au niveau de la corne gauche ainsi qu'une ulcération profonde, formant fistule borgne interne, au niveau de la corne droite; on pratique une hystérectomie. La malade guérit, nie toute manœuvre abortive. L'auteur estime qu'une opération conservatrice aurait pu être tentée.

Greffe épiploïque pédiculée. — M. Weber.

Perforation utérine en dehors de la grossesse. — M. Courtois. M. Séjournet, rapporteur.

19 Novembre.

A propos des greffes épiploïques pédiculées. — M. Masmonteil considère les greffes épiploïques pédiculées comme un moyen très précieux pour oblitérer les sutures intestinales et pour colmater les surfaces hémorragiques en cas de chirurgie de l'étage sus-mésocolique, mais il fait la plus grande réserve sur l'utilisation de ces greffes dans l'étage sous-ombilical en raison du danger d'occlusion intestinale qu'elles représentent.

A propos de grossesses extra-utérines. — M. Le Gac présente un cas d'utérus didelphe avec un œuf mort de 2 mois dans le corps utérin gauche, en ayant imposé pour une grossesse extra-utérine, et un cas d'hémorragie péritonéale dont le point de départ paraît être une grossesse abdominale implantée sur le feuillet postérieur du ligament large.

A ce propos, l'auteur s'oppose aux appendicectomies associées aux opérations pelviennes ; qu'il s'agisse de fibrome, salpingectomie, hystéropexie et, surtout, de myomectomie.

Utérus bicorne unicervical avec cloison vésico-rectale. — M. Séjournet apporte un cas d'utérus bicorne trouvé au cours d'une intervention pour hystérectomie abdominale. Il insiste sur la présence d'une cloison recto-vésicale qui séparait en haut les deux utérus et sur l'interprétation embryologique de laquelle il s'étend.

Complications infectieuses graves dans les avortements criminels. — MM. Masmonteil et Lartigue rapportent 2 observations, l'une d'abcès gangréneux de l'ovaire droit, l'autre de thrombophlébite suppurée du pédicule utéro-ovarien droit.

L'indication opératoire, posée dans le premier cas sur la présence d'un ictère très net et d'une prostration marquée, dans le second sur l'existence de frissons répétés avec douleurs vives, spontanées, a permis de sauver les deux malades apparemment condamnées.

Radiographie d'une jambe atteinte de gangrène gazeuse. — M. Masmonteil présente un cliché très caractéristique permettant d'apprécier la hauteur des lésions, et de fixer la hauteur de l'amputation.

Cuboïde accessoire bilatéral volumineux associé à un scaphoïde exubérant chez un malade atteint de double pied plat et d'exostoses sous-calcanéennes. — M. Roederer.

Deux observations d'utérus bicornes. — M. Weber.

Aiguille méconnue dans un sein simulant une petite tumeur. — M. P. Séjournet.

Election. — M. J. Courtois (de Saint-Germain-en-Laye) est élu membre correspondant national.

17 Décembre.

Volvulus de la vésicule. — M. Et. Bernard rapporte un cas de volvulus de la vésicule à symptomatologie tout à fait discrète, bien différente des données classiques. La malade, maigre et âgée, présentait uniquement un état nauséeux avec arrêt des matières et des gaz persistant depuis 48 heures, une température aux environs de 38° et une sensibilité nette de la région sous-costale droite. L'intervention montre une vésicule du volume d'un œuf de poule à meso un peu long mais de siège et de forme normaux. La torsion siège au niveau du cystique, comme d'habitude. La cholécystectomie est très facile et de suites idéales.

Kyste solitaire du rein. — M. Thévenard.

Appendicectomie complémentaire au cours des opérations pelviennes. Discussion.

Plusieurs cas d'ulcères multiples de l'estomac. — M. J. Lanos.

Corps étranger du rectum. — M. G. Luquet.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

13 Janvier 1944.

Syphilides ulcéreuses en cours de traitement arsenical puis bismuthique. — M. Touraine et Mme Robbes ont vu, chez une femme de 25 ans, des syphilides noueuses, puis ulcéreuses rupioïdes apparaître à la fin d'un traitement arsenical énergique. A ce moment les réactions sérologiques, jusque-là négatives, sont devenues fortement positives. Un traitement par le cyanure de mercure a amélioré les lésions ; mais après la 5e injection d'hydroxyde de bismuth, une nouvelle poussée de syphilides ulcéreuses s'est produite à la face et sur le corps. Cette syphilis grave s'est donc montrée arséno- et bismutho-résistante mais sensible au mercure.

Maladie de Recklinghausen. — MM. Gougerot et Paraf ont observé chez un enfant une maladie de Recklinghausen, avec allongement du membre supérieur, siège de la tumeur royale.

Maladie de Unna-Kaposi. — M. Gougerot présente un homme atteint de lésions typiques de la maladie de Unna-Kaposi, localisées surtout aux membres inférieurs ; la biopsie confirma le diagnostic. Ces lésions s'accompagnaient de douleurs intenses, polynévritiques ; la vitamine B_1 améliora nettement les douleurs, en même temps que les lésions cutanées.

Schwannome malin. — MM. Gougerot, Giraudeau, Duperrat et Gaulier observèrent chez une malade une tumeur ulcérée du nez, que la biopsie montra être un schwannome ; cette tumeur récidiva malgré la radiothérapie et aboutit à la mort.

Dermite paradoxale post-scabieuse. — MM. Coste, Marceron et Boyer ont observé chez 17 malades traités pour la gale par diverses méthodes une éruption artificielle, tantôt précoce, tantôt retardée, à siège exclusivement à la face et au cou, régions épargnées par l'onction ; les tests ont été négatifs.

Acné furonculeuse. — M. Lortat-Jacob a traité 24 malades atteints d'acné furonculeuse par l'antigène méthylique dilué, puis pur, à doses répétées et croissantes ; tous ces malades ont été guéris après la première série d'antigène dilué. Ces faits confirment les expériences de Ramel qui considérait cette acné furonculeuse comme une tuberculose cutanée, dégradée, atténuée.

L'histamine en dermatologie. — MM. Gaté, Pellerat, Badel et Murat estiment que le rôle pathogène de l'histamine paraît bien démontré pour certaines variétés d'urticaire et les dermites artificielles. Le plus souvent le rôle nocif de ce corps n'intervient que dans le déterminisme de certains symptômes. Son intervention dans la pathogénie du prurit mérite d'être retenue. Quant aux rapports existant entre l'allergie et l'élévation du taux de l'histamine, ils restent encore très obscurs.

Angiome de la langue sous lichen leucoplasiforme ulcéré. — MM. Jausion, Cailliau, Calop et Carlier signalent l'existence, chez un jeune homme de 17 ans, d'un angiome capillaire sous-jacent à un lichen atypique et ulcéré de la langue, où il alterne, par place, avec une leucoplasie histologiquement caractérisée. La néoformation vasculaire semble de nature inflammatoire et secondaire à l'ulcération, vieille de 2 ans.

Brusque exosérose consécutive à une application d'acétylcholine et de fenchone. — MM. Jausion, Giard, Calop et Carlier ont observé, chez un eczémateux, et après application de pommade à l'acétylcholine, une exosérose brutale, avec ébauche d'érythrodermie généralisée. Les injections antihistaminiques se sont révélées inopérantes. Bien que provoqué par l'acétylcholine, le flux exoséreux témoignait de la pullulation d'un streptocoque anthémolytique. Elle a pu être arrêtée par des intramusculaires de sulfamido-thio-urée.

Indications thérapeutiques des antihistaminiques de synthèse en dermatologie. — MM. Gaté, Cuilleret et Pellerat retiennent d'une longue expérimentation du 2339 RP les indications thérapeutiques suivantes : certains urticaires (urticaire alimentaire en particulier), l'œdème de Quincke, le prurigo infantile, les dermites artificielles cèdent le plus souvent d'une façon remarquable et totale. L'action antiprurigineuse très souvent manifeste fait du 2339 RP un médicament symptomatique remarquable, particulièrement indiqué dans toutes les dermatoses prurigineuses : eczémas aigus, subaigus ou chroniques, prurits essentiels localisés ou généralisés (névrodermites diffuses, prurits post-parasitaires), prurit de la maladie de Duhring-Brocq, du lichen plan, zona à la phase de début ou d'état.

Forme douloureuse de l'acné conglobata. — MM. Sézary, Claude Durand et Mollinedo présentent un homme atteint d'une acné conglobata dense de tout le dos, dont tous les éléments sont le siège d'une vive hyperesthésie à tout contact, ce qui empêche le décubitus dorsal. Les lésions à leur début sont stériles. Grosse amélioration par les injections de novar qui, parallèlement, ont asséché les lésions et atténué les douleurs, sans cependant empêcher complètement la reproduction des papules.

Forme papuleuse syphiloïde du « Molluscum contagiosum ». — MM. Sézary et Bolgert ont observé un cas de *Molluscum contagiosum* localisé au cou et caractérisé uniquement par des papules rosées, plates, infiltrées, non squameuses, ressemblant à certaines papules syphilitiques. Deux mois plus tard, certains éléments se sont recouverts de lésions typiques de *Molluscum*. La biopsie d'une papule syphiloïde a montré un élément de *Molluscum* en vue d'éviction, au centre d'une légère réaction dermo-épidermique.

Forme douloureuse de la lipomatose nodulaire symétrique. — MM. Sézary et Claude Durand ont observé un malade porteur, surtout sur le tronc, de lipomes nodulaires, dont un grand nombre, mais non tous, sont le siège de crises douloureuses spontanées et surtout provoquées par la pression. La palpation montre la présence dans les lipomes douloureux de petites masses fermes que les auteurs supposent être des léiomyomes, car ces derniers provoquent les mêmes troubles subjectifs que ceux accusés par le malade.

La syphilis récente au dispensaire Lailler en 1943. — MM. Sézary et Duruy ont noté, en 1943, une augmentation de 6,6 pour 100 par rapport à 1942. En somme, continuation, avec légère accentuation, de la situation alarmante de 1942.

— MM. Gougerot et Burnier ont, par contre, observé une diminution des cas de syphilis récentes en 1943 au Dispensaire de la Clinique de la Faculté : 232 hommes et 163 femmes, soit 395 cas, au lieu de 473 en 1942.

Le myélogramme dans le mycosis fongoïde. — MM. Gadrat, Bazex et Garric ont étudié le myélogramme dans 3 cas de mycosis fongoïde ; ils n'ont pas obtenu de formule médullaire définie ; on note soit une augmentation des myélocytes, soit la présence anormale d'hémo-histioblastes.

Glossodynie au décours d'un lichen plan. — M. Gadrat a constaté, chez un homme de 59 ans atteint de lichen plan, des douleurs continues de la langue, du type brûlures ; la langue avait un aspect érosif diffus, avec papilles turgescentes ; les caractères de cette douleur plaidaient en faveur d'une origine sympathique.

Réactif pour la recherche des sulfamides dans l'urine. — M. Vanhaecke présente un papier de pâte de bois acidifié (ac. citrique 20 pour 100) sur lequel 1 goutte d'urine sulfamidée détermine une tache jaune d'or. Cette méthode, sensible à l'absorption d'un demi-comprimé de sulfamides, peut être utilisée au cours de la visite des prostituées.

10 Février.

Acné et tuberculose. — MM. Hudelo, Gougerot et Duperrat présentent une malade atteinte d'acné pustuleuse et rosacée de la face et d'un lupus érythémateux du nez ; la biopsie de l'acné montra la présence de lésions tuberculeuses nettes.

Buckydermite. — MM. Gougerot et Giraudeau présentent une malade atteinte de radiodermite du cou après une application de rayons limite ; ceux-ci sont donc capables de donner une radiodermite ; c'est une question de dose.

Infantilisme lépreux. — MM. Flandin, Montel et Basset présentent une jeune fille qui paraît avoir été contaminée dans l'enfance et qui a conservé un aspect infantile ; le bacille de Nansen a été trouvé dans le mucus nasal et dans le sang.

Epiloia. — MM. Degos et Lereboullet présentent un malade atteint d'épiloia (sclérose tubéreuse de Bourneville) ; on constate chez lui des adénomes sébacés, type Pringle, de la face, des *Molluscum pendulum*, des fibromes molluscum, des nævi multiples et angiomes, des tumeurs unguéales de Koenen, une phacomatose rétinienne ; le malade est un épileptique avec troubles intellectuels ; la radiographie du crâne montre des calcifications intracraniennes.

— MM. Degos et Delzant rapportent un cas d'épiloia familiale : adénomes sébacés, type Pringle, épilepsie, léthalité fœtale sur plusieurs membres de la famille.

— MM. Degos et Hennion relatent un autre cas d'épiloia familiale : adénomes sébacés, type Balzer, lésions gingivales, épilepsie chez la mère.

— MM. Degos et Delort rapportent 2 cas d'épiloia sans caractère familial : adénomes sébacés, type Pringle, tumeurs de Koenen, épilepsie, retard intellectuel.

Lichen nitidus. — M. Degos et Mlle Dobkevitch présentent un malade atteint de papules du fourreau rappelant cliniquement le lichen nitidus et qui, histologiquement, ont la structure du lichen plan.

Le myélogramme dans le mycosis fongoïde. — MM. Gougerot et Paraf n'ont pas constaté de formule spécifique dans le myélogramme du mycosis fongoïde.

Statistiques vénériennes. — MM. Weissenbach, Lebaron et Bouwens ont observé, en 1943, à Saint-Louis, 371 cas de syphilis récentes (contre 369 en 1942).

— MM. Milian et Karatchenzeff ont noté, à l'Institut Fournier, 30 cas de syphilis récentes en 1943 contre 16 en 1942.

— MM. Périn et Durel signalent que le nombre des syphilis déclarées dans la région parisienne, en 1943, s'élève à 3.774 contre 3.394 en 1942.

Prophylaxie antivénérienne. — M. Milian fait un exposé pratique des obligations actuelles du médecin dans la prophylaxie antivénérienne.

Thérapeutique de l'apoplexie séreuse arsenicale. — M. Milian a fait une injection d'huile grise chez une malade atteinte d'apoplexie séreuse arsenicale ; les accidents ont rétrocédé.

Rôle de l'histamine en dermatologie. — MM. Desaux et Prevet signalent la richesse en substances histaminiques du sérum de femmes intoxiquées digestives atteintes d'érythème de la face, d'urticaire, de rosacée ; l'histamine joue également un rôle dans la maladie de Duhring-Brocq.

— MM. Coste, Durel et Piguet ont également trouvé une histaminémie élevée dans certaines dermatoses par sensibilisation externe et dans l'urticaire ; elle est plus faible dans les eczémas. Les antihistaminiques réussissent surtout dans celles de ces affections où l'histaminémie est élevée.

Histaminémie et érythèmes chimiothérapiques. — MM. Coste, Durel et Mlle Ratner ont constaté que l'histaminémie varie selon l'intoxication et le type des accidents : élevée dans 2 érythrodermies arsenicales, normale dans les érythèmes arsenicaux du 9e jour et dans les aurides ; le 2339 RP paraît sans grande action sur ces divers accidents.

Histaminémie et hyperpnée. — MM. Coste, Durel et Mlle Ratner estiment que l'histaminémie ne paraît guère modifiée par l'hyperpnée ; celle-ci n'exerce aucune action favorable sur le prurit ni les lésions cutanées des affections où l'histaminémie est élevée.

Sébocystomatose. — MM. Touraine, Solente et Meunier présentent un cas de cette rare génodermatose, existant depuis l'enfance chez un homme de 58 ans. Plus de 200 kystes sébacés confluent sur le vertex, les régions sourcilières, le sternum, la gouttière vertébrale, la région lombo-sacrée, s'espacent sur les clavicules, les flancs, le scrotum, mais respectent les membres. Son père était atteint de façon identique, confirmant ainsi l'hérédité en dominance régulière qui ressort de presque toutes les observations familiales antérieures.

Encéphalopathie arsénicale et hérédité psychopathique. — M. Touraine complète l'observation publiée le 9 Décembre 1943 par l'enquête familiale suivante : La malade, prostituée depuis l'âge de 16 ans, était maniaco-dépressive, a fait deux tentatives de suicide et a été internée à deux reprises à 19 ans. Un frère est hypomaniaque, grand coléreux. Une sœur aînée, elle aussi maniaco-dépressive et arriérée mentale, est morte à 23 ans, en 2 jours, d'un « transport au cerveau » de cause inconnue. Le père est mort presque subitement, à 63 ans, de « méningite ». Un oncle paternel est imbécile. Une telle lourde prédisposition psychopathique héréditaire a certainement joué un rôle important dans la genèse de l'encéphalopathie arsenicale dont est morte la malade.

Anétodermie urticarienne type Pellizzari ; lichen buccal ; rétinite dégénérative en bouquets. — MM. Touraine et G. Renard ont vu, dans un cas de ce type d'anétodermie déjà étudié en 1941 (*Soc. de Dermat.*, 9 Octobre 1941), les lésions urticariennes (mais non les atrophiques) disparaître par un traitement bismuthique régulier. Mais depuis 6 mois se développe un fort lichen de la langue et des joues, sans autre localisation (notamment dans l'estomac) et de petits éléments dégénératifs en 2 ou 3 bouquets, à l'extrémité des capillaires dans la région paramaculaire, sans altérations des vaisseaux, sans lésions imputables à la syphilis.

Les réactions cutanées de la radiothérapie de contact. — MM. Cottenot et Liquier signalent que des doses croissantes de rayonnement avec et sans filtre donnent une réaction précoce, consistant en un érythème et œdème et les réactions tardives ordinaires de la radiothérapie.

Traitement des épithéliomas cutanés par la radiothérapie de contact. — MM. Cottenot et Liquier ont traité 45 épithéliomas et guéri 43 par une dose unique de radiothérapie de contact sans filtre.

Echec de la médication conjuguée novarséno-mercurielle dans un cas de syphilis récente. — M. Sézary a observé un syphilitique, chez lequel le chancre a été cicatrisé par une série d'injections novarséno-mercurielles, mais qui, dès la fin de la série à doses normales, a vu apparaître une éruption papuleuse. Celle-ci a guéri par le novar-bismuth. Il s'agit d'un type spécial de résistance, le chancre étant accessible à des médications qui n'empêchent pas les accidents secondaires d'éclore. L'auteur a vu des cas homologues, où le bismuth a échoué, puis le novar a réussi. On ne saurait donc affirmer qu'il s'agit de cas de syphilis spécifiquement résistante vis-à-vis de l'une ou l'autre médication. On peut admettre que l'organisme, d'abord sensible à une médication quelle qu'elle soit (action sur le chancre), s'accoutume ensuite à cette médication et ne peut plus bénéficier, au moins temporairement, que d'une autre thérapeutique.

Gérodermie acquise de l'adulte. — MM. Jausion, Nicolas et Carlier présentent un malade atteint de sénilisme tardif accusé, avec déglabration et myasthénie pseudo-paralytique fruste, sans dystrophie génitale.

« Lichen spinulosus » et tuberculose. — MM. Jausion, Caillau et Calop présentent un homme de 63 ans atteint de *lichen spinulosus* 40 ans après la guérison d'un abcès froid costal et localisé au pourtour de la cicatrice. Cuti et intradermo-réactions tuberculiniques.

Lysat pancréatinique injectable de kératine humaine. — M. Jausion, Mlles Gauguin, Limes et Lamboley ont injecté dans l'hypoderme des alopéciques une peptidine obtenue par la digestion trypsique d'une kératine de cheveux humains, et qui témoigne d'un certain tropisme pour les phanères.

Lipomatose mésosomatique. — MM. Jausion et Cailliau étudient les lipodystrophies plus ou moins circonscrites et soutiennent avec Gougerot l'origine nævique et parfois angiomateuse de la maladie de Roch-Léri, qui se comporte assez souvent comme une manière d'adipose douloureuse.

Nœvo-carcinome traité avec succès par le radium (guérison apparente). — M. Wallon.

Erythème scarlatiniforme et œdèmes consécutifs à un traitement par le septoplix. — MM. Flandin et Chapuis.

Hérédo-syphilis et arriération mentale. — M. Gadrat.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

27 Janvier 1944.

Résultats éloignés de quelques inclusions hormonales. — M. Ameline. Les implantations de propionate de testostérone ont donné de très bons résultats dans certaines métrorragies

d'apparence fonctionnelle au voisinage de la ménopause. Elles peuvent rendre quelques services dans les cancers inopérables du sein. Dans la sénilité les améliorations sont légères et transitoires.

Les implantations œstrogènes chez la femme ovariectomisée. — M. Férin. La vitesse de résorption dépend beaucoup de la surface de contact de l'implant ; la solubilité dans l'eau joue peu de rôle. Les implants se classent dans l'ordre suivant (vitesse décroissante) : stilbœstrol, son ester dipropionique ; œstradiol, son ester benzoïque. Il y a en outre des différences individuelles importantes.

Activité comparée d'injection de testostérone, de greffes cristallines de testostérone et de greffes testiculaires de nouveau-né chez un eunuque. — Mme F. Moricard. La greffe de 100 mg. de testostérone a eu une action supérieure à l'injection de 1.240 mg. d'acétate de testostérone répartis en 5 mois. La greffe de testicule de nouveau-né n'a pas réussi.

Utilisation de l'œstradiol en implantation sous-cutanée. — MM. J. Varangot et M. Jeandidier. Cette implantation, très bien tolérée par les tissus, donne dans les troubles ménopausiques d'excellents résultats de longue durée ; les implants ne doivent pas peser plus de 25 mg. Si la femme a un utérus il y a intérêt à associer l'administration rythmée de progestérone pour éviter les métrorragies.

Implantation sous-cutanée d'hormone (surtout testostérone). — M. Turpault rapporte les résultats de ses implantations hormonales chez la femme et chez les animaux depuis 1938. Implantation dans la graisse (hormone liposoluble) ; importance de la surface pour l'absorption ; quantité implantée : 300 à 1.500 mg. suivant les cas. La testostérone a été implantée par l'auteur dans : 3 cas d'hyperthyroïdie avec 2 bons résultats ; 3 cas d'hypertrophie mammaire ; 12 cas de mastopathie ; 14 cas de fibrome ; 4 cas d'endométriome avec très bons résultats ; 1 tuberculeuse hémoptysique ; 1 hypotrophique avec bons résultats. 2 cas de néo utérin inopérables ; 5 cas de néo du sein inopérables, avec amélioration de quelques semaines ; 6 morts et une survie de plus de 3 ans. Toujours effet aphrodisiaque très net, même chez les vieilles femmes. En résumé méthode très intéressante ; il faut préciser indications et posologie.

Les implantations hormonales. Rapport général. — M. de Gennes.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

10 Janvier 1944.

A propos des fissures anales et de leur traitement. — MM. P. Jacquet, P. Hillemand, Perier et R. Henry insistent sur la fréquence des fissures anales. En 18 mois ils en ont observé 315 cas. Ils divisent les fissures en 3 groupes : les fissures simples, les fissures récidivantes et les fissures chroniques.

Les fissures simples guérissent par les traitements non chirurgicaux : traitements électriques (haute fréquence, diathermie, radiothérapie), injections sous-fissuraires.

Les auteurs ont abandonné les injections sous-fissuraires de chlorhydrate double de quinine et d'urée, les injections huileuses anesthésiantes, à cause des dangers qu'elles présentent, dangers qui ont été exposés à une séance précédente. Ils emploient presque exclusivement une solution de novocaïne additionnée d'histamine.

Sur 299 malades traités, ils ont obtenu 202 guérisons. Leurs échecs concernent les fissures récidivantes, les fissures chroniques. Ces fissures nécessitent un traitement chirurgical ; non pas la dilatation anale qui doit être abandonnée, mais la mise à plat au bistouri électrique des décollements, des condylomes qui accompagnent toujours ces fissures et sous anesthésie locale. Par ce procédé essentiellement ambulatoire, les auteurs ont opéré 97 malades avec d'excellents résultats.

A propos de 2 cas de sténose du grêle. — MM. Hillemand, Porcher et M. Cans rapportent 2 observations de malades qui présentaient radiologiquement des images particulièrement typiques de sténose du grêle. Dans un cas, il s'agissait de tuberculose cæcale tumorale, dans l'autre d'un petit cancer de l'angle droit du côlon, radiologiquement insoupçonnable.

— M. Hillemand relate 2 observations où existaient, dans l'une, des signes d'obstruction intestinale ; dans l'autre, un syndrome de Kœnig. Dans les 2 cas il s'agissait de cancer du grêle invisible radiologiquement.

Elimination des fils et accidents douloureux ou hémorragiques après gastrectomie. — M. F. Moutier, à propos de 6 cas, étudie les symptômes cliniques et gastroscopiques des accidents liés à l'élimination des fils de suture après gastrectomie. Il s'agit d'accidents, ou douloureux ou hémorragiques. Les douleurs ne sont pas caractéristiques et peuvent survenir même plusieurs mois après l'intervention ; elles sont accompagnées de signes fonctionnels très variables dans leur type et leur intensité. Dans 2 cas des hémorragies se produisent.

A la gastroscopie on voit, à distance plus ou moins grande de la nouvelle bouche, un sillon froncé, godronné, correspondant à la suture dans lequel apparaît le fil tendu ou pelotonné, parfois le fil entier se dégage de la suture. L'inflammation porte sur la section gastrique de l'anastomose et non sur le segment duodénal. L'élimination du fil est lente. L'auteur discute ensuite les causes et le mécanisme de ces accidents.

— M. G. d'Allaines note que l'élimination des fils peut s'accompagner de phénomènes pathologiques. En ce qui concerne leur thérapeutique, il pense qu'il y aurait toujours avantage à utiliser (sauf chez les cachectiques et les néoplasiques) le catgut, plutôt que le fil de lin.

— M. Sénèque fait toutes ses sutures avec des fils non résorbables. La production des ulcères peptiques est souvent sans relation avec les fils de lin.

— M. A. Basset pense que les fils de lin actuels doivent être de moins bonne qualité.

— M. Auguste a eu l'occasion de faire faire (par le Prof. Lambret) 200 gastrectomies qui toutes furent faites à la soie. Dans 10 cas, il a pu suivre l'élimination pathologique des fils, à la gastroscopie, ce qui fait un pourcentage de 4 à 5 pour 100 d'accidents liés à l'élimination des fils. Dans de nombreux cas les malades avaient présenté, 2 ou 3 semaines après l'intervention, quelques poussées fébriles. Dans un cas le malade présenta de vives douleurs après sa gastrectomie. La gastroscopie permettait de voir le fil. L'ablation des fils n'amena pas la disparition des douleurs et la gastroscopie montrait encore des phénomènes inflammatoires au niveau de la stomie.

— M. Bergeret a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade qu'il avait gastrectomisé longtemps auparavant. Il faisait, à cette époque, la suture séro-séreuse à la soie et le plan muco-muqueux au catgut. Il put voir dans l'estomac un anneau de soie qui venait bien du plan séreux. Actuellement il fait toutes ses sutures au catgut.

Carcinoïde de la fin de l'iléon. — MM. G. Seillé, André Busson et Poulain présentent l'observation d'un malade de 42 ans qui, après avoir présenté des alternatives de diarrhée intense et d'obstruction intestinale, présentait des douleurs abdominales 1 heure 1/2 après les repas. L'examen radiologique de l'estomac et du côlon ne montrait aucune anomalie. Ce n'est qu'en faisant des clichés en série de la région iléo-cæcal après injection de rétropituine qu'ils purent déceler une anomalie de l'image cæcale à son bord interne. L'intervention montra qu'il existait une carcinoïde de la fin de l'iléon. Celui-ci fut enlevé après un premier temps qui consista en une iléo-transversostomie.

Sur deux cancers de l'estomac dépistés dès leur début, mais dont la guérison fut compromise par méconnaissance des règles du diagnostic. — MM. Guy Albot, M. Parturier-Lannegrace et M. Sylvain Buhot signalent l'allure évolutive remarquable de ces 2 cancers. L'un se révéla précocement par une niche en plateau, l'autre par un aspect encastré. Malgré le diagnostic porté, l'un ne fut pas opéré et l'autre ne subit qu'une gastro-entérostomie. Après une période de demi-latence, qui dura 4 ans dans un cas et 5 ans dans l'autre, survint le tableau classique du cancer gastrique à la période d'état et l'on trouva chez l'un une niche dans une lacune en arc et, dans l'autre, une volumineuse lacune, toutes deux inextirpables.

On a pu penser qu'il existait deux formes évolutives bien distinctes du cancer de l'estomac. La forme banale, décrite dans les traités classiques, dont l'évolution rapide semblerait interdire toute tentative de diagnostic précoce et infiniment plus rare, une forme à évolution lente à laquelle appartiendraient les cas de cancer au début, publiés par R.-A. Gutmann, et qui seule laisserait au spécialiste le temps de pratiquer le test thérapeutique et au chirurgien le temps d'opérer avant l'envahissement pariétal. Ces 2 observations permettent de rejeter cette opinion. Elles montrent que tout cancer gastrique présente au début de son évolution une longue phase au cours de laquelle son extension est peu rapide et sa symptomatologie discrète. Puis, au bout de mois ou d'années, l'évolution se précipite et l'aspect classique du cancer gastrique évolué se réalise. La connaissance de cette particularité justifie la tentative pour généraliser le dépistage précoce du cancer de l'estomac.

— M. Sénèque, après avoir observé 2 cas semblables, insiste sur l'intérêt qu'il y a à rappeler sans cesse les signes radiologiques du cancer au début, que trop de médecins et même de radiologues ignorent encore.

Fibrome exogastrique de la petite courbure de l'estomac. — MM. G. Seillé et Wetterwald.

Cancer du pancréas chez un enfant de 15 ans. — MM. G. Seillé, André Busson et Poulain.

J.-M. Gorse.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

17 Janvier 1944.

A propos des inclusions de progestérone. — M. Turpault a inclus de la progestérone chez 2 jeunes femmes non gravides, dont l'une présentait des menstruations alutéales (résultat : une pseudo-gestation, jusqu'à l'ablation de la progestérone, aménorrhée se poursuivant encore 6 mois après cette ablation), et l'autre de la polyménorrhée (résultats : métrorragie persistant 34 jours, jusqu'à l'ablation). Il pense donc que les inclusions sont contre-indiquées en dehors de la gestation.

Par contre l'auteur pense qu'elles sont formellement indiquées dans les cas d'avortements à répétition avec hypoprégnandiolurie. Elles n'ont de chance d'ailleurs d'être utiles que s'il y a effectivement des chiffres très bas de prégnandiol urinaire.

Physiothérapie des blocages hyperhormonaux. — M. J. A. Huet décrit 3 stades aux blocages hyperhormonaux : 1 stade local avec phénomènes congestifs douloureux (justiciable des ondes courtes ou de la diathermie), 1 stade de retentissement régional (justiciable de la radiothérapie médullaire) et 1 stade de blocage central hypophyso-thalamique (justiciable de la radiothérapie hypophysaire).

Grossesse tubaire de 3 mois 1/2 avec une rupture siégeant en dehors de la zone d'insertion placentaire (présentation de pièce). — M. H. Roulland.

Césarienne à terme avec myomectomie. — M. Bouchacourt.

A propos de l'observation d'uretère monstrueux présentée par M. Payer. — M. J.-E. Marcel.

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

14 Février 1944.

Sur une « brillantine » constituée par de l'aniline pure. — MM. Benoist, H. Griffon, Postic et Ronflet rapportent l'observation d'une intoxication typique par l'aniline avec cyanose des téguments de la face survenue 2 heures après l'application de la brillantine. Les auteurs demandent l'inscription de l'aniline au tableau C.

Contribution à l'étude du mécanisme des avortements provoqués. — MM. Muller et Marchand-Alphand montrent, à l'aide de 5 observations, tout l'intérêt qu'il y a à faire des examens anatomo-pathologiques des viscères au cours des avortements, même lorsque ceux-ci ont été pratiqués par manœuvres externes, car bien souvent se trouve associée une absorption de substance génératrice d'hépato-néphrite ou de néphrite.

Intoxication mortelle arsenicale par voie cutanée. — MM. Muller, Merville et Mme Marchand ont observé, au cours d'un traitement d'une gale par pommade arsenicale, une intoxication mortelle chez un enfant de 3 ans. Il s'agit d'une erreur pharmaceutique.

La carte de donneur. (Technique de présentation du groupe sanguin.) — M. L. Christiaens préconise la double détermination des hématies et du sérum en tube à hémolyse, avec centrifugation. Après lecture le tube est renversé sur carton. La tache ainsi obtenue, séchée et recouverte de collodion, constitue un document inattaquable, dont la netteté et la rigueur sont très supérieures à toute autre technique de présentation.

Suffocation par corps étranger intra-trachéal au cours d'une régurgitation. — MM. Duvoir et Dérobert.

L. Dérobert.

SOCIETE DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

22 Février 1944.

Quelques cas de botulisme. — M. Bouthet montre la difficulté du diagnostic de ces cas frustes, l'aide qu'apporte la radiologie pour dépister les paralysies de l'hypopharynx et l'importance de la notion d'épidémicité.

Un cas de tuberculose jugale et labiale. — M. Cernéa.

Un cas d'épithélioma en surface de la langue. — MM. Cernéa et Bataille.

Un cas d'ostéomyélite mandibulaire chez un vieillard. — M. Bataille.

Trois radiographies d'accident de la dent de sagesse inférieure droite avec perte de substance osseuse ayant fait redouter une fracture opératoire. — M. Richard.

M. Hénault.

SOCIÉTÉ D'ETUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

13 Novembre 1943.

Maladie de Besnier-Bœck se traduisant essentiellement par d'énormes adénopathies trachéo-bronchiques. — M. P. Jacob et Mme Langle présentent l'observation d'un jeune homme de 22 ans entré à l'hôpital à la suite de la découverte fortuite d'une énorme adénopathie trachéobronchique droite avec 3 grosses masses ganglionnaires, l'une prétrachéobronchique, l'autre hilaire, la 3e sous-hilaire. Aucune autre localisation et aucune autre manifestation pathologique si ce n'est un ganglion axillaire des dimensions d'un petit œuf de pigeon. Une biopsie portant sur un tout petit ganglion axillaire montre l'image typique d'une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.

Syndrome de Besnier-Bœck-Schaumann pouvant être attribué à la tuberculose. — M. J.-Ch. Marie (Passy). Un malade de 25 ans présente un syndrome pulmonaire (avec toux et expectoration ; radiologiquement élargissement des ombres hilaires et semi-nodulaires dans les deux champs) et un syndrome oculaire avec iritis rebelle. Nombreuses analyses d'expectoration négatives, sauf une qui montre de très rares bacilles de Koch ; cuti-réactions négatives, mais les intradermo-réactions sont positives et déclenchent chaque fois une poussée d'iritis. Enfin la biopsie d'un ganglion inguinal, d'apparence normale, montre des altérations caractéristiques de la maladie de Besnier-Bœck. Arguments en faveur de l'étiologie tuberculeuse : bacilles de Koch trouvés une fois dans les crachats, intradermo-réactions positives et déclenchant des poussées d'iritis.

Tuberculose pulmonaire et tuberculose broncho-trachéale. — Mme Blanchy-Roux-Berger et M. J.-M. Lemoine rapportent l'observation d'un malade porteur de cavités de la base droite, inertes sous un bon pneumothorax artificiel chez qui la bronchoscopie a montré la coexistence d'un tuberculome sous-muqueux de la bronche souche droite. Malgré l'effacement des cavités droites sous l'influence des broncho-aspirations, la lésion bronchique s'est rapidement ulcérée et a gagné la bronche souche gauche. Il s'est alors développé une tuberculose aiguë du sommet gauche, traitée par pneumothorax et bientôt interrompue par une perforation mortelle de ce pneumothorax.

Ces constatations bronchoscopiques montrent l'importance possible des lésions bronchiques tuberculeuses dans la dissémination des lésions pulmonaires.

Contribution à l'étude des processus de guérison des cavernes tuberculeuses du poumon. — MM. A. Bernou et R. Goyer. Après avoir fait une rapide critique des théories invoquées pour expliquer le processus de guérison des cavernes, les auteurs s'appuyant sur les résultats de nombreuses spéléotomies montrent que cette cicatrisation se fait par bourgeonnement et contraction, exactement comme bourgeonnent et se contractent les solutions de continuité des autres organes. Cette contraction ne se fait bien qu'après élimination de tout ce caséum du système caverne-bronches de drainage. Les auteurs soutiennent que la tuberculose de la bronche de drainage est l'un des principaux facteurs qui contribuent à différencier le traitement des abcès du poumon par pneumotomie de celui des cavernes tuberculeuses par spéléotomie.

Virage spontané au moment de la primo-infection tuberculeuse d'anciennes cuti-réactions pratiquées plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant. — Mlle de Neyman et M. E. Barré (Rennes) ont observé ce phénomène dans 5 cas où sa constatation a été facilitée par le fait qu'il s'agissait d'étudiants en médecine ou d'élèves infirmières. Une allergie cutanée très précoce s'y trouve mise en évidence dans des conditions spéciales : elle se manifeste sur d'anciennes scarifications pratiquées bien avant toute infection tuberculeuse, effacées depuis longtemps. Les auteurs distinguent ce virage spontané des apparitions retardées, des virages retardés, des virages provoqués de tuberculino-réactions. Attirant l'attention une fois de plus sur le danger des stages hospitaliers pour les étudiants non allergiques, ces virages multiples de cuti-antérieures leur semblent être souvent le premier signe d'une primo-infection sévère, justifiant un repos prophylactique et une surveillance stricte. Au point de vue biologique ces observations posent le problème de la persistance de la tuberculine au niveau de son insertion et de l'aptitude du tissu cutané à fournir des réactions allergiques plus ou moins intenses.

Tests cutanés tuberculiniques chez 745 vieillards. — MM. M. Fourestier et J. Chatain dégagent de leur enquête statistique portant sur 745 vieillards (606 femmes et 139 hommes) dont l'âge varie de 60 à 95 ans, les conclusions suivantes :

1° L'anergie cutanée tuberculinique sénile n'existe pas si on tient compte des réactions retardées et si après échec de la cuti on pratique des intra-dermo à doses croissantes.

2° Seule est évidente l'hypoergie qu'expliquent largement des conditions d'ordre local (qualité de la peau) et général (aptitude réactionnelle amoindrie des vieillards). En effet, le nombre des cuti positives au 2e jour décroît avec l'âge, alors que le nombre des réactions retardées va au contraire en augmentant.

3° Chez les hommes, les réactions cutanées sont positives plus précocement : 83 pour 100 au 3e jour au lieu de 74 pour 100 chez la femme; inversement, les réactions retardées chez eux s'observent moins fréquemment : 13 pour 100 au lieu de 19 pour 100. La femme âgée est plus hypoergique que l'homme d'âge équivalent.

Cuti-réaction et antihistaminiques. — M. Pierre-H. Anglade a obtenu chez l'enfant, dans 30 cas, des modifications de la cuti-réaction par l'ingestion de 2339 RP (Antergan). Ces modifications portent sur la surface, la coloration, la durée et les rapports respectifs du centre et de la périphérie de la cuti-réaction. Elles sont toutes dans le sens de la diminution. Dans 2 cas de cuti-réaction à allure urticarienne, chez 2 fillettes dont l'une était sujette à l'urticaire alimentaire, l'antergan a empêché la cuti-réaction d'apparaître.

L'auteur, dont les conclusions ne sauraient être définitives en raison d'autres expériences en cours, souligne : la participation de l'histamine dans le mécanisme de la cuti-réaction — le rôle de la peau qui n'est pas toujours apte à répondre à la tuberculine — ce qui expliquerait en partie les phases d'extinction de la C. R. et les variations d'intensité de la cuti, sans qu'il faille faire appel à un mécanisme d'origine spécifique.

Le pneumothorax extra-pleural dans le traitement chirurgical des cavernes de la base. — M. E. Delbecq présente les radiographies de 3 malades opérés par son collaborateur Le Foyer.

Dans les 3 cas, un collapsus efficace des cavernes de la base a pu être obtenu par un pneumothorax extra-pleural total.

La phrénicectomie et la pneumopéritoine n'avaient donné aucun résultat.

La pneumolyse a été facile sur le tiers externe du diaphragme. Elle devient plus laborieuse au fur et à mesure qu'elle se rapproche du centre de la coupole diaphragmatique.

Emploi de l'oxyde de thorium pour l'opacification des cavités pulmonaires. — MM. Ch. Gernez-Rieux, Garcenot et Morseau (Lille) proposent d'utiliser, pour l'exploration radiologique des cavités pulmonaires, l'injection trans-thoracique d'oxyde de thorium à 25 pour 100.

Cette préparation est parfaitement tolérée; sa fluidité en rend l'usage particulièrement commode. La suspension d'oxyde de thorium, qui flocule au contact des tissus, permet d'obtenir un véritable moulage des cavités intra-pulmonaires dont elle souligne les moindres détails de structure.

La persistance du floculat au contact des parois en rend le repérage et l'exploration très faciles; elles apporte, en outre, des précisions sur le mode de drainage des cavernes.

Ce procédé d'investigation est applicable à l'étude des cavités pleurales, ainsi que des fistules broncho-pleurales et des perforations pleuro-pulmonaires.

Par contre, pour le broncho-diagnostic, les auteurs restent fidèles au lipiodol qui procure, en général, une opacification plus homogène et plus complète de l'arbre bronchique.

Difficultés de diagnostic et de traitement d'un pneumothorax spontané bilatéral non tuberculeux. — MM. H. d'Hour, G. Bonte et A. Clerc. Chez une malade de 29 ans survient un pneumothorax spontané bilatéral. Le pneumothorax partiel gauche, accompagné de bulles d'emphysème visibles radiographiquement, se résorbe spontanément.

Le pneumothorax droit a persisté, entraînant une déviation à gauche du cœur ; il a nécessité 60 désinsufflations en 3 mois, des injections irritantes intra-pleurales et enfin des aspirations continues au trocart de Catdis pendant des périodes variant de 12 heures à 3 heures.

L'aspiration endocavitaire associée à la thoracoplastie. — MM. F. Dumarest, P. Brette et J. Germain ont l'expérience de 50 observations de drainage endocavitaire avec aspiration. 30 fois la méthode fut employée seule (10 pour 100 de succès complets). Chez 17 malades elle fut suivie d'une thoracoplastie complémentaire (70 pour 100 de succès). 3 fois enfin le drainage fut appliqué à des cavernes résiduelles sous-thoracoplastie (2 succès sur 3). Les avantages du drainage préalable à l'intervention chirurgicale sont évidents : il permet d'intervenir sur des malades inopérables sans lui; il dérive les sécrétions infectantes hors des voies bronchiques; il fait disparaître les cavernes soufflées qui résistent au collapsus chirurgical ou se reproduisent après lui. Il faut donc associer les deux méthodes dans tous les cas de grandes cavités suppurantes, d'état général déficient, de menaces de généralisations emboliques et de cavernes soufflées. La question de savoir si le drainage doit être suivi systématiquement de thoracoplastie ne peut encore être tranchée.

Adénopathie hérédo-syphilitique de l'adulte simulant une adénopathie tuberculeuse. Valeur diagnostique de la cuti-réaction. — MM. H.-R. Olivier et G. Soichaux (Dijon).

Un cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à foyer principal pulmonaire sans lésions cutanées découverte à la suite d'une radioscopie systématique scolaire. — M. Bibault.

Infection tuberculeuse et réactions allergiques fugaces chez le cobaye à la suite de l'inoculation d'un seul bacille tuberculeux. — M. J. Bretey.

Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez l'adolescent et le jeune adulte. — MM. A. Courcoux, Pierre Boulenger et Antoine-Camille Macleuf.

Reclassement des tuberculeux intellectuels. — MM. F. Bezançon et P. Lafosse.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

20 Décembre 1943.

Tuberculose rénale bilatérale prédominante à droite diagnostiquée en 1937 : néphrectomie gauche en 1942. — M. R. Gayet (Clin. Prof. Cibert). Belle observation de tuberculose rénale bilatérale à évolution asymétrique ; en 1937, concentration uréique équivalente des deux reins, petite caverne dans le rein droit ; en 1942, pas de modification des lésions du rein droit, mais déficience et grosses lésions du rein gauche qui font pratiquer la néphrectomie. Suites très favorables.

A propos de l'anatomie pathologique et de l'étiologie de l'hypertrophie prostatique. — M. Thévenard.

Une interprétation difficile de néphrographie. — M. F. Marsan.

Myase vésicale. — MM. L. Morenas et R. Gayet (de Lyon).

17 Janvier 1944.

Vingt observations de fistules vésico-vaginales haut situées guéries par la voie d'abord vagino-périnéale. — M. R. Couvelaire. 19 de ces malades guérirent avec simplicité en un temps, entre le 15e et le 20e jour ; 1 fut réopérée avec facilité et succès par la même voie, 16 de ces malades représentaient des échecs des voies transvésicales ou transpéritonéo-vésicales ; l'une avait subi 7 essais infructueux.

Après avoir rappelé la technique de l'intervention, l'auteur considère que la voie d'abord vagino-périnéale représente la voie de choix pour aborder les fistules vésico-vaginales haut situées.

A propos de l'opération de Freyer modifiée. — M. R. Gouverneur.

Sur la technique de l'adénomectomie. — M. M. Chevassu.

Une incontinence d'urine de cause peu commune au cours de la tuberculose urinaire. — M. J. Pérard.

De la reconstitution de l'urètre postérieur chez l'homme par simple tunnellisation. — M. G. Marion.

A propos des accidents allergiques de l'urographie intraveineuse. — M. Guerbet. M. Wolfromm, rapporteur.

René Küss.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

4 Novembre 1943.

La position d'immobilisation du poignet dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. Tavernier s'élève contre la néfaste habitude d'immobiliser en supination, inclinaison cubitale et flexion. 2 malades ainsi traités, qu'il présente, illustrent sa thèse par leurs mauvais résultats. Il préconise après réduction parfaite le plâtre en position de rectitude du poignet avec demi-pronation. Le temps d'immobilisation sera de 2 mois minimum.

Transplantation musculaire pour paralysie radiale chez un jeune enfant. — MM. Guilleminet et Stagnara. Intervention pratiquée à l'âge de 5 ans. Très laborieuse, elle consista en la transplantation du tendon du cubital antérieur sur le tendon extenseur des 4 derniers doigts et des 2 muscles palmaires sur les 3 tendons dorsaux du pouce. Ténodèse des radiaux enfin. 2 mois après, remarquables résultats : l'enfant qu'on présente étend activement les doigts ; le pouce s'étend, s'oppose, se met en abduction ; la main ne capote plus au cours des manœuvres de préhension.

A propos du traitement chirurgical du cancer du côlon droit. — MM. Santy et Latarjet étudient 57 observations personnelles recueillies entre 1932 et 1943. Anatomiquement, 26 pour 100 des cas étaient sténosants ; chirurgicalement, 50 pour 100 étaient inextirpables, soit 28 malades. 21 seulement purent subir une opération d'exérèse. La mortalité globale s'établit à 28 pour 100 avec un très fort pourcentage pour les opérations palliatives (dérivation interne pour cancer inextirpable). Retenir dans ce cas la bénignité plus grande de l'anastomose iléo-transverse latéro-latérale au bouton, en particulier toutes les fois qu'on craint une occlusion définitive du gros intestin en amont de l'anastomose. L'iléostomie sera associée chaque fois qu'il existe des phénomènes de subocclusion. Sur les 21 cas d'exérèse, les auteurs réalisèrent 4 fois une colectomie segmentaire à la manière de X. Delore, 16 fois une hémicolectomie en 2 temps et 1 seule hémicolectomie en 1 temps. Ainsi, malgré la belle statistique apportée ici par Palluel, restent-ils en dehors de cas choisis parmi les plus résistants, à grêle intact, partisans de l'intervention en 2 temps.

18 Novembre.

Grandes laxités latérales en antéro-postérieures du genou traitées par la réfection du seul ligament latéral. — M. Tavernier présente les observations de 3 de ses opérés. Le résultat obtenu à peu de frais et sans grand danger local est très satisfaisant pour les sujets sans ambition sportive, mais insuffisant dans le cas contraire où l'intervention complexe de Hey-Groves donne des résultats parfaits mais fait courir un risque certain du fait de l'infection toujours possible.

Fracture ancienne du scaphoïde tarsien avec déviation secondaire du pied. — M. Patel. De l'observation d'un malade qu'il présente et pour lequel une intervention fut nécessaire, l'auteur tire les conclusions suivantes : ces fractures doivent être immobilisées très soigneusement, pendant une durée de 2 mois minimum. Si dans les fractures récentes l'intervention n'est pas toujours nécessaire, elle le devient dans les fractures anciennes avec déviation du pied en valgus. La tarsectomie cunéiforme constitue l'opération de choix.

Sur la ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas. — MM. Cotte et Guillemin montrent, 3 observations-type à l'appui, l'intérêt d'un procédé d'exploration d'application très simple. Il permet en particulier de trancher un diagnostic hésitant entre salpingite et G. E. U., de reconnaître un kyste du corps jaune. Des indications thérapeutiques précises seront ainsi fixées.

Intervention chirurgicale pour varices vulvaires. — MM. Labry et R. Jeanjean. Chez une malade de 37 ans apparaissent en dehors de toute grossesse, 10 ans après une phlébite du membre inférieur droit guérie sans séquelle, de volumineuses varices vulvaires, donnant l'impression de 2 grosses hernies inguinales. Exérèse chirurgicale. Guérison parfaite.

Plaie de la région fessière par un énorme crochet avec pénétration abdominale sans lésions importantes. Extraction par voie abdominale. Guérison. — M. Condamin.

Tumeur conjonctive de l'avant-bras. 3 récidives locales sans généralisation. — MM. de Rougemont et Pouzet.

R. Guillet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

10 Février 1944.

Séminome sur un testicule abaissé dans les bourses. — M. H.-L. Rocher. Opéré à 11 ans d'ectopie droite par procédé de H.-L. Rocher. Revu à l'âge de 22 ans avec une tumeur du testicule reposé. Castration droite. Séminome à l'histologie. R. X. : 3.500 R en 25 séances. Bon état actuel. Rareté de tels cas ; 2 cas similaires dans la littérature.

Résultat éloigné de l'arthroplastie de la hanche pour une ankylose post-coxalgique. — M. Christian Rocher. C'est la qualité du résultat fonctionnel obtenu au bout d'un an (flexion 90°, adduction 40°, abduction 40°, rotation interne 40°, rotation externe 80°) qui fait l'intérêt de cette observation. Par ailleurs, nous n'avons pas craint de nous attaquer à une coxalgie guérie depuis 15 ans. L'arthroplastie a été obtenue par très importante résection osseuse et interposition d'un lambeau libre très étoffé de fascia lata doublé en partie de muscle tenseur et de tissu adipeux.

Deux cas d'appendicite à forme occlusive. — MM. Tingaud et Labarbe. M. Magendie, rapporteur. Il s'agissait d'un homme de 67 ans et d'une femme de 72 ans.

Le premier cas était un exemple typique d'iléus paralytique au voisinage d'un foyer d'appendicite suppurée rétrocæcale chez le vieillard.

Le deuxième était une occlusion vraie avec mouvements de reptation des anses et arrêt sur un spasme de 5 à 6 *cm.* en amont d'une anse grêle atteinte d'iléite rouge et distendue sur une étendue de 10 à 12 *cm.*

Cette observation d'iléite symptomatique d'une appendicite a réalisé ainsi un mécanisme rare de l'occlusion dans l'appendicite aiguë.

Diverticule du duodénum. — M. F. Laporte. Ulcère du bulbe et diverticule duodénal. Guérison par la gastrectomie laissant le diverticule en place.

Opération de Coffey. Présentation de pièces. — MM. Darget et F. Laporte. Homme de 65 ans, atteint d'un néo de la vessie très étendu et très douloureux. Opération de Richer, implantation de l'uretère dans le côlon (Coffey III). Suites favorables, disparition des douleurs, fonctionnement de l'anastomose urétérale. Décès de diphtérie, prélèvement des pièces.

Sur un point de technique dans la greffe d'Albee pour mal de Pott dorsal. — M. Touya (Labenne). M. Magendie, rapporteur.

Ulcères jumeaux de la petite courbure. Présentation des pièces. — MM. Jeanneney et Magendie.

24 Février.

Injections intra-artérielles dans les infections des membres. — M. Tingaud. M. Masse, rapporteur. 3 malades : Ulcération plantaire rebelle et douloureuse, staphylo à la culture. 8 injections de novocaïne sulfamide, mise à plat des lésions ; guérison.

Escarre du membre inférieur, phlegmon gazeux, température à 38°. 3 injections de novocaïne-albucide. La température tombe, l'escarre diminue ; on a arrêté les injections intra-artérielles, la température remonte, l'escarre reprend son évolution ; reprise des injections ; guérison.

Fracture ouverte du fémur avec éclat de bombe : épluchage, mise en traction : injection intra-artérielle, suture secondaire sans incident.

Prolapsus de l'urètre. — M. G. Penaud. Petite fille de 9 ans, hémorragie abondante, petite tumeur sphacélée du méat, excision et suture de la muqueuse au niveau du méat : guérison sans rétrécissement.

Enchevillement centro-médullaire des fractures de la clavicule. — MM. Goumain et Labarbe. 4 cas opérés avec bons résultats. Enchevillement par broche de Kirschner en ayant foré un avant-trou sur le segment interne grâce à l'instrumentation spéciale des auteurs. Anesthésie générale, réduction de la fracture en position de Couteaud; écharpe de Mayor pendant quelques jours.

Tuberculose rénale et reflux vésico-urétérol. — MM. Darget, Laporte et H. Duvergey. Le reflux vésico-rénal est fréquent au cours de la tuberculose rénale. Les auteurs préconisent de prendre un cliché de cystographie mictionnelle en fin d'urographie veineuse. Si le reflux existe sur le rein sain avant la néphrectomie, il fait porter à tort le diagnostic de bilatéralité. S'il persiste ou apparaît sur le rein restant après la néphrectomie, il aboutit à une insuffisance rénale, à la « mort » du rein par dilatation rétrograde urétéro-pyélique.

A la place de l'urétérostomie de dérivation, les auteurs préconisent les interventions qui luttent contre le ténesme vésical, à savoir, la section des nerfs honteux internes, l'infiltration des nerfs splanchniques pelviens, l'opération de Richer.

Traitement des raccourcissements des membres et enclouage centro-médullaire. — MM. H.-L. Rocher et Ch. Rocher. Jeune fille atteinte de séquelles de coxalgie, raccourcissement de 16 *cm.*, raccourcissement de 9 *cm.* du fémur sain par double ostéotomie préparée par une série de perforations corticales.

Clou intra-médullaire introduit par la face interne du grand trochanter et maintenant les fragments osseux.

Appareil plâtré pelvipédieux.

Arthrite aiguë à streptocoque, traitée par sulfamido-thérapie locale. Guérison. — M. F. Laporte. Homme de 28 ans, qui présente une arthrite aiguë du genou, l'épanchement contient du streptocoque en chaînette. Doubles ponctions de l'articulation du côté interne et du côté externe pour évacuer l'épanchement et injecter chaque fois une ampoule de soludagénan : sulfamidothérapie par voie buccale à dose faible. L'état général s'améliore, disparition des microbes dans l'épanchement dans un examen fait 48 heures après. Evolution rapide vers la guérison, sans intervention.

J. Poinot.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 658.

Association d'une paralysie récurrentielle gauche et d'un syndrome sympathique cervical chez deux blessés de guerre

Par Georges Didier.

(Lille)

J'ai eu l'occasion d'observer à quelques semaines d'intervalle 2 cas assez rares d'association paralytique d'origine traumatique : paralysie récurrentielle et syndrome du sympathique cervical.

L'un de ces blessés est une victime de la guerre de 1914, l'autre un jeune soldat de la campagne 1940 ; j'ai pu examiner ce dernier deux mois et demi après sa blessure. On comprendra l'intérêt de la comparaison entre ces 2 cas, l'un vieilli, consolidé depuis de longues années, l'autre récent et en pleine période symptomatologique.

Observation I. — Col... Fernand reçoit, au cours de la guerre mondiale, 2 balles de mitrailleuse dans le côté gauche du cou. L'une d'elles fait un séton dont le point d'entrée se trouve sur le côté gauche du cricoïde, le point de sortie dans la région la plus externe de la partie moyenne de la nuque ; l'autre balle, dont la cicatrice d'entrée est invisible, reste incluse.

Aussitôt après la blessure, il y a aphonie complète et une hémorragie abondante nécessite une intervention sur laquelle le blessé, dont l'état est grave, ne peut donner aucun détail.

Le deuxième projectile n'est pas extrait, mais l'état général se remonte très vite et le blessé sort de l'hôpital après trois semaines, avec le diagnostic de « paralysie récurrentielle gauche par projectile de guerre inclus ».

La voix est d'abord un simple coulage d'air, mais peu à peu s'améliore, pour devenir après six mois ce qu'elle est encore vingt-cinq ans plus tard : voilée, couverte.

Actuellement (1940) le blessé, estimant insuffisant le taux qui lui est alloué, demande une révision de pension.

La laryngoscopie décèle une paralysie récurrentielle gauche, absolument typique : la corde est intermédiaire entre la position médiane et la position dite cadavérique ; l'aryténoïde est complètement immobile et le bord libre de la corde s'incurve dans les mouvements d'inspiration et d'expiration. Il existe une compensation de la corde droite.

Une radiographie pratiquée à l'hôpital militaire est ainsi annotée : « Existence d'un corps étranger d'opacité métallique et de la forme triangulaire (balle) situé au contact de l'apophyse transverse de la 7e cervicale. L'examen en position oblique et de profil montre que le corps étranger est situé en profondeur au niveau de l'apophyse transverse de C7. »

Mon attention est attirée par une inégalité pupillaire très nette et par un enfoncement de l'œil gauche, avec légère chute de la paupière du même côté.

Le blessé, ignorant que cette anomalie peut dépendre de sa blessure, n'en parle pas, mais il se souvient très bien avoir remarqué, après l'opération, que sa pupille gauche était plus petite que la droite ; ses camarades lui ont même dit pendant sa convalescence que « les deux moitiés de la figure n'avaient pas la même couleur. ». Ces phénomènes ne l'ayant pas gêné, il n'a pas insisté auprès des médecins qui ne paraissent pas, à l'époque, les avoir remarqués ou tout au moins les avoir consignés, car le dossier n'en porte aucune trace.

L'interrogatoire m'apprend que le myosis a été autrefois beaucoup plus marqué. Les troubles vaso-moteurs ne sont plus perceptibles, sauf par grand froid ; l'oreille reste rouge et congestionnée pendant des heures. La sudation ne se produit qu'à droite sur le front et le visage. Par contre, la sécrétion cérumineuse n'est pas plus marquée à gauche qu'à droite, les fosses nasales sont normales et le cornet inférieur gauche n'est pas plus volumineux que le droit.

L'épreuve de Muck [1] ne donne aucun résultat utile. Le R.O.C. est sensiblement normal.

Il existe, chez ce blessé, un faisceau de signes suffisants pour incriminer une ancienne atteinte du sympathique cervical gauche, contemporaine de la blessure (myosis, enophtalmie, troubles de la sudation), bien que ces signes se soient atténués et que quelques-uns aient, selon la règle, disparu.

Une question vient à l'esprit : la persistance des signes actuels n'est-elle pas due à la présence de la balle incluse qui, anatomiquement, se trouve exactement sur le trajet du cordon sympathique cervical ?

En ce cas, le blessé présenterait, d'après les données classiques, des signes d'irritation ; or, les signes observés sont plutôt des signes de paralysie.

D'après Tinel, l'irritation devrait produire un syndrome inverse, décrit par Brown-Séquard et Pourfour du Petit (hyperréflectivité pilomotrice, hémisudation, mydriase, exophtalmie, vasoconstriction de la face et du cou), mais l'auteur reconnaît qu'il y a presque toujours dissociation. La possibilité d'une telle dissociation nous permettrait d'expliquer la persistance de signes, depuis vingt-cinq ans, par une irritation.

Néanmoins nous devons envisager l'hypothèse d'une section car les signes ont été beaucoup plus marqués qu'actuellement dans les semaines qui ont suivi la blessure.

Un projectile peut-il, sans provoquer une hémorragie immédiatement mortelle, détruire ou léser gravement à la fois le sympathique cervical et le récurrent ? Il est permis d'en douter ; l'examen des rapports de ces deux cordons nerveux nous les montre en intime connexion avec les gros vaisseaux à l'endroit où ils sont eux-mêmes le plus voisins (c'est-à-dire éloignés de 1 *cm*. 5, d'après nos recherches sur le cadavre).

Il pourrait également s'agir d'une section du cordon sympathique au cours de l'intervention pratiquée après le traumatisme. Nous savons que le blessé était aphone aussitôt après la blessure et que le récurrent a été touché par le projectile. Aucun doute à ce sujet.

Par contre, on connaît la fréquence des lésions du sympathique au cours des opérations larges de goitre, par exemple, et il est possible qu'il en soit de même chez mon blessé.

Observation II. — Des... Pierre est pris dans une rafale de mitrailleuses près de Dunkerque et reçoit une balle qui traverse en séton le côté gauche du cou, à sa partie moyenne. Le blessé est immédiatement aphone et saigne abondamment ; il est opéré d'urgence à Zuydchoote. Les soins donnés, une demi-heure après la blessure, semblent avoir consisté en une mise à plat du séton destinée à arrêter l'hémorragie, car le blessé présente actuellement un large sillon cicatriciel s'étendant sur 8 à 10 *cm*. du chef antérieur du sterno, à 3 *cm*. au-dessous de la mastoïde.

Après l'intervention, dont les suites sont apyrétiques, il éprouve, en plus de son aphonie presque complète, des troubles variés au niveau de la face ; la pommette et l'oreille gauche sont toujours rouges, la fosse nasale gauche est obstruée comme pendant un rhume de cerveau. La transpiration n'a lieu que du côté droit. D'autre part, le blessé présente quelques névralgies dentaires à gauche, sans carie.

Un médecin traitant remarque, à gauche, un myosis, mais le blessé change de mains et ce symptôme n'ayant pas été consigné, il n'en est plus question.

J'ai l'occasion d'examiner le blessé deux mois et demi après l'intervention. Il a une paralysie récurrentielle gauche complète ; la corde gauche est en position para-médiane, tout à fait immobile ; l'aryténoïde droit chevauche en ciseaux au-dessus du gauche ; malgré cette compensation la voix est encore coulée.

Les mouvements du cou sont gênés par la section du sterno gauche. La partie gauche du cou est creusée d'un large sillon déjà décrit.

Le blessé présente encore un syndrome oculo-palpébral de Claude Bernard-Horner, d'une netteté remarquable, avec myosis très accentué, enophtalmie, diminution de la fente palpébrale.

Il existe, au moment de l'examen, une congestion très visible de la pommette gauche et surtout du pavillon ; ce signe, pourtant, serait moins net depuis plusieurs semaines.

Le cornet inférieur gauche est bien plus congestionné et volumineux que le droit : ici également, amélioration.

La réaction de Muck est caractéristique : raie blanche accentuée après deux à trois minutes.

Je constate une certaine sécheresse de la peau du front et de la tempe gauche alors qu'à droite il existe une légère sudation due à la chaleur de l'été.

Il n'y a pas de troubles cardiaques.

Cette observation n'a pas pu, malheureusement, être complétée par les épreuves classiques (Roc, tonométrie, épreuve de Tournay [2] qu'il faut pratiquer en pareil cas.

Mais il y a là déjà un bel ensemble de signes, correspondant classiquement à une section récente du sympathique cervical.

Comme dans l'observation I, nous ne pouvons affirmer que le projectile est bien responsable de la blessure du sympathique cervical. L'intervention a été très large et la recherche des vaisseaux a été probablement difficile ; l'acte opératoire peut avoir causé les accidents.

Par contre, devant la netteté presque schématique des symptômes, nous pouvons affirmer une section et écarter l'hypothèse d'excitation simple.

A l'occasion de ces 2 cas, j'ai cherché dans la littérature récente des observations réunissant à la fois la paralysie laryngée et le syndrome sympatique cervical ; elles sont rares.

La plupart sont en association avec d'autres paralysies de nerfs craniens pour former soit un syndrome de Villaret, soit un syndrome de Collet-Sicard, ainsi que le fait remarquer Galland.

L'association récurrent-sympathique, à l'état pur, ne donne lieu qu'à quelques publications.

Brockaert semble avoir été un des premiers à la signaler. Il cite un cas d'Onodi où la paralysie récurrentielle était accompagnée non de paralysie, mais d'excitation du sympathique. L'importance du plexus sympathico-récurrentiel que forment les nombreuses anastomoses entre les 2 nerfs expliquerait, d'après cet auteur, le syndrome.

Rebattu rapporte une observation de paralysie récurrentielle bilatérale avec syndrome de Cl. Bernard-Horner au cours d'un cancer œsophagien.

Quelques auteurs allemands et anglo-saxons signalent, dans le cancer œsophagien, la paralysie récurrentielle, s'accompagnant de myosis simple. Ce sont 3 cas de Hitzig, cité par Rendu, 1 cas de Bohnstedt et Rosenfeld, 1 cas de Wolf et Hughes, cité par Rebattu.

Drecourt (*Thèse de Paris* 1919) réunit quelques cas de syndrome de Cl. Bernard-Horner par blessure de guerre ; plusieurs ont des troubles laryngés.

Enfin, 1 cas de Duguet (*Ann.*, Février 1936) est le seul qui se rapproche de mes deux blessés, parce qu'il a aussi une origine traumatique, mais l'auteur insiste peu sur l'élément sympathique de l'association, qu'il signale cependant de façon explicite.

1. Epreuve de Muck : Adrenalinsonderversuch ou A.S.V. Si on pulvérise une solution d'adrénaline sur le cornet inférieur et que l'on trace un trait sur ce cornet à l'aide d'un stylet mousse, on voit apparaître à ce niveau une raie, rouge dans le cas d'un sujet normal, blanche dans les cas pathologiques (Caussé, in *Ann.*, Janvier 1932).

2. Epreuve de Tournay : Anisocorie expérimentale déterminée par une mydriase locale chez des personnes normales qui regardent de côté ; on constate alors une augmentation de la grandeur de la pupille de l'œil externe. L'épreuve de Tournay montre quelquefois cette perturbation de la grandeur de la pupille, en rapport avec un syndrome sympathique ; on dit qu'il y a abolition du réflexe de Tournay (Laignel-Lavastine : Conférence de sympathologie clinique).

La pharmacologie du fraisier sauvage

(*Fragaria vesca* L.)

Le fraisier qui, suivant l'expression hyperbolique de Bernardin de Saint-Pierre, « enlace la terre de ses rameaux et de ses bienfaits », ne nous offre pas seulement le fruit dont il suffit de prononcer le nom pour se sentir la bouche humide de concupiscence : sa racine et ses feuilles peuvent fournir aux phytothérapeutes des ressources qu'en ces temps où la pharmacopée se trouve souvent réduite à sa plus simple expression on aurait tort de dédaigner. Il n'est donc pas inutile de rappeler aux praticiens quelques-unes des applications auxquelles elles se prêtent, sans que leur emploi expose les malades à de coûteux achats, sans qu'en les prescrivant on ait à craindre de causer un préjudice à l'industrie maraîchère : car ce n'est pas des espèces cultivées mais de la variété sauvage, si abondante dans nos campagnes, qu'on extrait la racine et qu'on récolte les feuilles.

Comme tous les végétaux appartenant à la tribu des Fragariées, comme les benoîtes et comme les potentilles avec lesquelles il voisine dans les clairières des bois et dans la classification linnéenne, le fraisier sauvage (*Fragaria vesca* L.) possède une racine volumineuse de teinte rougeâtre qui fournit un extrait contenant 9,4 pour 100 d'un tanin que ses caractères chimiques rapprochent de celui de la tormentille. Nous savons par D. Hooper que, dans certains pays, notamment aux Indes, dans la région du Cachemire, on l'emploie couramment comme succédané du thé et du café. Sa décoction, bien que légèrement amère, est d'une saveur assez agréable : elle peut se montrer utile dans le traitement des entérites, surtout chez les sujets dont l'hypercrinie intestinale s'accompagne de troubles du système neuro-végétatif contre-indiquant l'usage de tout breuvage excitant. On la prépare en soumettant à une courte ébullition (3 minutes au plus) puis laissant infuser, pendant un quart d'heure, 5 *g*. de racine dans 200 *g*. d'eau. En faisant macérer 100 *g*. de cette racine dans 1.000 *g*. de vin blanc on obtient un œnolé dont l'usage est à recommander aux tuberculeux qu'on veut faire bénéficier de la médication tannique.

C'est également au tanin dont elles renferment des proportions moindres que celles de la racine et qui s'y trouve associé à des mucilages, à de la pectine et à des sels de potassium, que les feuilles du fraisier doivent leurs propriétés. Récoltées après l'époque de la fructification et desséchées avec soin, elles fournissent une infusion que, d'accord avec M. Roger Weber d'Etourvy, je considère comme un excellent « sosie » du thé de Chine et qui constitue un bon adjuvant pour combattre l'oligurie qu'on observe au cours de la goutte et des crises de rhumatisme : des expériences sur des chiens ont, d'ailleurs, prouvé à M. Thadeusz Fajeins que l'extrait de feuilles de *Fragaria vesca* provoque chez ces animaux une action diurétique énergique et prolongée. A défaut de cet extrait qu'on chercherait en vain à se procurer dans les officines, c'est à l'infusion théiforme qu'on aura recours, assuré de prescrire ainsi un remède où riment les mots efficacité et innocuité.

Henri Leclerc.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Homme, mesure du monde

Ἄνθρωπος πάντων μέτρον.
PROTAGORAS.

S'il est vrai que le XIXe siècle français, approfondissant les conquêtes de l'empirisme anglais, a solidement fixé dans nos esprits le sens et la notion du relatif ; si les philosophes et les savants des vingt derniers lustres ont fondé sur le déterminisme des phénomènes une construction invulnérable aux attaques des métaphysiciens de la micro-physique ; si le bastion du rationalisme n'a pu encore être démantelé ; si, tout au contraire, la place est restée libre où l'on pourrait asseoir un édifice accueillant à toutes les connaissances, à toutes les hypothèses, comme à toutes les conjonctures, l'heure n'est-elle pas venue d'un nouvel humanisme ?

Dans le livre si profond à la fois et si ingénieux qu'il a consacré à la « Crise de l'humanisme »[1] M. Jean Fiolle, le distingué chirurgien de la Faculté de médecine de Marseille, a tenté d'établir, en toute impartialité, un compte général de pertes et profits. Où en est l'humanisme ? A-t-il épuisé ses virtualités ? Nous réserve-t-il encore des surprises ? Né dans l'équivoque ecclésiastique, accepté par les clercs, professé par les théologiens à la faveur d'un malentendu dont la nature et la violence ne se sont révélées que plus tard, va-t-il, par de nouveaux compromis, retrouver son ancienne influence ? Et M. Jean Fiolle, dont le cœur se partage entre les tendresses que suscite en lui le désintéressement de l'humaniste et la défiance qu'il garde envers les doctrines fermées à ce que Nietzsche appelait les « arrière-mondes », mesure les lacunes et pèse les avantages d'une attitude intellectuelle qui lui semblerait plus dangereuse encore, si elle n'était aussi intimement liée à une culture gréco-latine à laquelle on ne saurait que difficilement l'arracher. A l'actif de l'humanisme, M. Jean Fiolle cite volontiers sa tendance naturelle à l'équilibre, son goût de l'intelligence, son enthousiasme, son amour de la joie, son opposition à tous les déchaînements de l'instinct, son habileté à multiplier, par l'usage de l'analyse, le prix et l'agrément de la vie. Au passif, M. Fiolle inscrit tout d'abord le caractère polymorphe de l'humanisme : fait de pièces et de morceaux, il n'habille plus. Il ne correspond plus aux aspirations d'un temps aussi assoiffé d'œcuménisme que le fut le moyen âge ; il lui manque d'être religieux, de toucher le cœur, d'être contagieux à la façon dont le furent le Catholicisme ou l'Islam. Limité dans ses fins, trop puissamment associé aux disciplines de l'intelligence, ayant fait avec les « humanités » cause trop fréquemment commune, n'aurait-il pas, comme malgré lui, tendance à se satisfaire d'un certain verbalisme, d'une certaine façon de dire et de bien dire, d'une certaine manière ornée à laquelle nous pourrions décerner le nom d'alexandrinisme ?

Je comprends à merveille les reproches de M. Fiolle comme j'ai fort bien entendu ses louanges. Mais peut-être les uns comme les autres prêtent-ils à discussion. Que si, en effet, nous appliquons à l'étude de l'humanisme la méthode que Rémy de Gourmont a vulgarisée sous le vocable de dissociation des idées, nous découvrirons vite que le dictionnaire de l'Académie française eut tort de confondre la cause de l'humanisme avec celle des humanités. « *Humanisme : culture d'esprit et d'âme qui résulte de la familiarité avec les littératures classiques, notamment la grecque et la latine et goût qu'on a pour ces études.* » Ainsi s'exprime notre lexique officiel du bon usage. Et c'est trop dire ou pas assez.

Trop, si l'on confond l'humanisme avec les lettres grecques et latines où il puisa quelques-unes de ses meilleures inspirations. Trop encore, si l'on ignore qu'une philosophie humaniste pourrait se nourrir d'autres fleurs que de celles qui éclosent aux flancs du mont Hymette. Trop toujours, si le copiste conventuel ou le moine rhétoriqueur nous dissimulent ce qu'il y a de sévère, de justement amer dans les morales, dans les psychologies, dans les métaphysiques, dans la logique de l'homme. Point assez enfin, si l'on omet de descendre aux profondeurs les plus intimes de la philosophie grecque et d'écouter sa leçon dernière. Certes, l'on pourrait concevoir un humanisme qui recevrait de la sagesse hindoue ou de la sérénité chinoise les fruits d'une dogmatique à la mesure exacte de l'homme. Mais il reste que M. Paul Valéry a mille fois raison lorsqu'il écrit que « ce que nous devons à la Grèce est ce qui nous distingue le plus du reste de l'humanité, (puisque) nous lui devons (avec) la discipline de l'esprit, l'exemple extraordinaire de la perfection dans tous les ordres ». De sorte qu'il y a bien un motif d'associer aux humanités la cause de l'humanisme, mais que ce motif est essentiellement différent de celui qui semble être venu à l'esprit des rédacteurs du dictionnaire de l'Académie française.

Dissocier les idées liées à tort, associer au contraire l'une à l'autre des idées qui n'avaient pas accoutumé de marcher du même pas, telle est l'œuvre et telle est la fin de toute méditation philosophique. Ne balançons point à le dire : les humanités et l'humanisme sont associés par l'habitude et par l'usage et nous pensons que cette association est fâcheuse le plus souvent ; il y a des rapports parfois, et parfois des oppositions[2]. Aussi bien a-t-on le droit d'estimer que l'humanisme ne demeure point, comme le croit M. Fiolle, à mi-pente sur les coteaux modérés, quand sa prétention est de donner au relativisme et au déterminisme scientifiques leurs plus strictes conclusions. Philosophie superficielle, l'humanisme ? alors qu'il ne tend à rien de moins qu'à rassembler le monde des phénomènes autour de l'homme sans lequel il ne serait même pas concevable. Philosophie limitée, l'humanisme ? alors qu'il aspire à tout faire partir de l'homme, et à tout y faire entrer : les dieux hindous comme les dieux chinois, les dieux égyptiens comme le Dieu des chrétiens.

Notre méditation a cherché partout ses points d'appui les plus sûrs. Elle s'est exercée sur les vieilles métaphysiques traditionnelles, celles qui vont du spiritualisme au matérialisme par le conceptualisme. Elle s'est attardée au poêle cartésien comme au laboratoire de Claude Bernard. Elle a vainement essayé de concevoir un monde qui, pour exister, ne demanderait rien aux principes de l'esprit. Elle a cherché si, au delà de la raison, d'autres moyens de connaissance ne s'offraient pas à l'homme avide de forcer le secret de l'Univers. L'intuition, la prière, l'extase, de Proclus à Bergson, combien de métaphysiciens nous les ont-ils proposés ainsi que d'infaillibles moyens de transcender la raison humaine et de toucher à des terres où l'intelligence ne saurait conduire ? Mais, à mesure qu'elle se faisait plus tenace et plus aiguë, notre méditation a vu se dissoudre les fantômes de la sensibilité. Elle nous a appris à distinguer entre le vrai et l'espéré. Elle a exigé de nous que nous sachions renoncer au mirage du vocabulaire, aux illusions linguistiques, aux transpositions du désir. En un mot, elle nous a dotés d'une méthode.

Qu'on nous démontre, en effet, qu'en dehors de la science et de ce que nous pourrions appeler sa méthodologie, il est une autre philosophie possible. Autrement dit, que l'on nous fasse la preuve qu'il peut exister au delà de la science une philosophie qui ne devrait point à la dite science tout ce qu'elle peut présenter de valable, et nous serons prêts à nous soumettre à toutes les disciplines du sentiment. Malheureusement — ou heureusement — on n'a jamais rien découvert qui ne fût sorti de l'homme. Et les conquêtes les plus subtiles de la mécanique ondulatoire comme les plus hautes synthèses religieuses ont si bien l'homme pour origine qu'il est permis — sans la moindre ironie et avec, au contraire, le plus profond respect — de saluer dans les dieux de tous les panthéons des sujets dociles ou indociles de l'homme. Lorsque Descartes se met à la quête d'une méthode pour distinguer le vrai du faux, lorsque Malebranche, afin d'accorder plus sûrement Dieu et l'homme, imagine de faire coïncider, par le trompe-l'œil de la vision en Dieu, la raison humaine et le plan du Créateur, lorsque Claude Bernard codifie les leçons de l'expérience, lorsque Renan décide d'étendre à toutes les études de l'homme la souple et stricte discipline du relativisme philosophique, lorsque Nietzsche part en guerre contre les troubles milices de l'Absolu, lorsque Gabriel Monod, Durckheim, Eugène de Roberty formulent les règles de la méthode sociologique, lorsque Henri Poincaré et les épistomologues anglais placent la science au point de départ des réflexions et des activités de l'homme, je vois bien ce que l'homme gagne, apprend et conquiert sur un Univers à l'empire duquel il n'avait, jusqu'alors, pu prétendre ; mais je discerne mal ce que l'intuitionnisme bergsonien, ce que le pragmatisme américain, ce que les apologètes de l'indéterminisme scientifique nous purent annexer de terres inconnues. Aux thèses de Bergson ou de William James, aux patientes suggestions de Marcel Proust ou de Maurice Blondel, je sais quel plaisir d'art l'on peut prendre et comme il est agréable de voir jouer la pensée parmi les irisations du songe. Mais je ne suis pas dupe. J'admire, mais ne m'incline pas.

C'est d'ailleurs en fonction d'un certain préjugé que M. Fiolle refuse à l'humanisme les richesses qu'il jette si volontiers sur les épaules de M. René Guénon et des métaphysiciens traditionnels, ou qu'il engrange si généreusement au grenier des théologiens. N'apercevant rien en dehors de l'homme, comment pourrais-je refuser à l'humanisme ces arrière-plans sentimentaux, lyriques, religieux qui sont de l'homme même et le poussent à se surpasser ? L'humanisme, limité à cette passion pour les lettres gréco-latines qui habita le cœur des contemporains d'Erasme, sans doute peut-il être trouvé insuffisamment expressif des besoins de l'homme, du cœur de l'homme et même de son esprit ? Mais il est un autre humanisme que celui des faiseurs de vers latins dont s'entourait, au XVIe siècle, le caprice élégant des princes et des cardinaux. Dans l'homme il y a tout.

L'homme est la mesure même du monde. Il est à la fois sa fin et son moyen. Il lui faut connaître chaque jour une notion de plus, parfaire sa culture morale, affiner son esprit, civiliser ses dieux. Et pour ce faire il n'a d'autre instrument que lui-même. C'est dire qu'il s'invente à mesure qu'il se pose, qu'il se multiplie à mesure qu'il se propose des fins plus complexes. Toute l'histoire de l'homme est là pour éclairer et pour authentifier nos affirmations. Et M. Georges Duhamel l'exprime parfaitement à son tour lorsqu'il écrit que « le problème humain est tout, est de tout l'homme ». Au point que l'on ne saurait pas plus m'opposer une idée, une aspiration, un désir qui ne soient de l'homme que me découvrir une ombre qui ne soit pendue au support d'un objet.

Contre l'humanisme, on articule encore d'autres critiques. Et M. Fiolle, qui aime pourtant l'humanisme d'une tendresse point jalouse mais très sûre, de lui reprocher notamment son défaut d'œcuménisme. Mais la querelle est inique. Car c'est une erreur que de limiter la volonté humaniste à la volonté de culture et d'impérialisme culturel. Je sais bien, certes, que la culture de M. François Mauriac et celle d'Henri Poincaré, celle de Bergson et celle d'Edmond Goblot, celle de Nietzsche et celle de Chateaubriand s'opposent jusqu'à s'ex-

1. J. FIOLLE : *La crise de l'humanisme*, 1 vol. in-16 (*Mercure de France*, édit.), 1937.

2. A cette conception, d'ailleurs, se rallie, partiellement du moins, M. L. EMERY dans son récent livre intitulé *Chefs-d'œuvre. Introduction à l'humanisme* (*Aubier*, édit.), 1943.

clure, et que ce serait une dérision d'attendre la venue, ici-bas, de je ne sais quel royaume de la Culture qui serait, au royaume du « Dieu » des prophètes d'Israël, une moderne réplique. Mais l'humanisme poursuit d'autres fins que celles, trop simples et simplistes, qui consisteraient à promouvoir l'avènement d'un nouveau paradis terrestre. Précisément parce qu'il entendit exorciser, une fois pour toutes, les démons de l'Absolu, précisément parce qu'il ne se meut qu'au champ du relatif, l'humanisme a garde, au contraire, de nous proposer des fins extra-humaines. Et s'il est dans l'humanisme un fond indiscutable d'universalité ce n'est point à la notion de culture qu'il le faut aller demander, mais à la notion même de raison. « Ces paysages spirituels où s'ordonne le monde sensible », comme a dit noblement M. Edouard Herriot, prononçant en Sorbonne l'éloge de l'humanisme scientifique, il importe peu qu'ils soient divers. Ce qui importe c'est qu'ils soient les moissons d'une commune raison, et qui franchit les frontières, escalade les montagnes et se rit des océans.

Dans le même esprit, nous voudrions exonérer l'humanisme du reproche de manquer d'ésotérisme. Tout est dans l'homme, répéterons-nous. Et le symbole est de l'homme comme l'analogie. A cet égard donc comment expulserions-nous du laboratoire des correspondances le poète ou le cabbaliste occupé à disposer sur le triple plan de l'esprit, du cœur et des sens les mouvantes figures du monde ? Paracelse ou Claude de Saint-Martin sont pour l'humanisme des auxiliaires aussi précieux que Gérard de Nerval ou Mallarmé. Ils ont inventé une algèbre verbale, comme nos poètes inventèrent une langue nouvelle pour la traduction de leurs émotions. Ils nous appartiennent donc autant que Baudelaire ou Stefan Georg, autant qu'Edgar Poë ou Paul Verlaine.

Homme, mesure du monde... Nulle certitude n'apparaît aujourd'hui plus susceptible de rassembler les volontés et les bonnes volontés. Nous sommes divisés ; mais nous sommes tous des hommes si, trop souvent nous l'avons oublié. Et autour de cette notion, qui comprend, et contient, et retient toutes les autres, nous pouvons grouper toutes les idées sur lesquelles s'est penchée notre méditation, tous les vœux que fomente notre sensibilité. Le relativisme philosophique, le déterminisme scientifique, l'indéterminisme d'Heisenberg, autant de notions qui sont fonctions de l'homme. L'humanisme les groupe toutes et d'autres encore. Il leur communique vie et chaleur. Il les rend actives, ferventes et conquérantes.

ζῶον λογικόν disaient déjà les Grecs quand ils voulaient définir l'homme. Un animal qui parle : c'est la première étape, celle qui fait toujours rêver les poètes du langage. Mais aussi un animal qui raisonne. Car le *logos* est raison et, pour cela même, universel. Et encore un animal qui compte, qui énumère, qui dénombre, qui mesure, qui pèse, qui confronte les nombres par lui décelés au cœur du Réel. Qu'ajouter à cette définition de l'homme ? Rien, car si l'homme parle, il dira du même coup son amour des images mortelles et sa crainte des Immortels, sa soif de savoir et sa piété pour la misère des autres hommes. Il n'est, au demeurant, point de philosophie qui soit mieux adaptée au drame des temps bouleversés que nous vivons. Il n'en est pas également qui épouse plus étroitement la physionomie des temps heureux. Philosophie de l'homme, elle est à la taille de toutes les circonstances, elle est de toutes les latitudes et de tous les temps. Pour ce qui est de la France, elle réunit Montaigne à Rémy de Gourmont, Rabelais à André Gide, Ronsard à Jean Moréas, Voltaire à Léon Daudet. Le vieil Hugo préside, le verbe haut, ce concile où je vois s'esquisser le sourire d'Anatole France et où j'entends bourdonner la basse de Maurice Barrès. La paix et la guerre, l'ignorance et le savoir, la prière et la conférence, le laboratoire et l'oratoire sont de l'homme même. Ils ne sauraient surprendre aucun humaniste. Toutes les joies, toutes les peines, toutes les espérances, toutes les déceptions, et la pitié et la piété sont humaines. Et, comme telles, nourrissent abondamment l'humanisme philosophique Celui que nous défendons ici, et non l'étroite et étique doctrine que l'on nous représente si souvent privée des sucs lourds qui se pressent de ses profondes racines à l'extrémité verdoyante de ses feuilles.

GUSTAVE ROUSSY.

L.-E. Bouvier

(1856-1944)

Le Prof. Louis-Eugène Bouvier, membre de l'Institut et de l'Académie d'Agriculture, ancien membre du Conseil de l'Institut Pasteur, membre d'honneur de la Société de Pathologie exotique, s'est éteint, le 21 Janvier dernier, dans sa résidence de Maisons-Laffite.

Issu de l'enseignement primaire, il avait su s'élever peu à peu jusqu'aux plus hauts échelons de l'enseignement supérieur. Après un court passage à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, comme professeur agrégé, puis comme suppléant pour la chaire de Cryptogamie, il était devenu, en 1895, titulaire, au Muséum d'Histoire naturelle, de la chaire des Animaux Articulés. Par son action personnelle et son enseignement, à l'Institut Pasteur et au Muséum, il a exercé une influence précieuse en France sur les études d'Entomologie médicale. Il laisse le souvenir d'une personnalité particulièrement sympathique et vivante, dont l'enthousiasme au travail ne s'est jamais démenti ; à 84 ans, il publiait encore un ouvrage de 400 pages sur les crustacées de la faune de France.

Il avait reçu, en 1942, le prix Albert-de-Monaco, de l'Académie des Sciences. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

E. ROUBAUD.

Correspondance

A propos de l'article de MM. A. COURTY et Y. GUERRIER **« Les bases anatomiques de la chirurgie du sympathique dans le mégadolichocôlon ».**

Nous avons lu avec un intérêt tout particulier ce travail paru dans le numéro 6 de *La Presse Médicale,* daté du 18 Mars 1944, nous étant nous-mêmes efforcés depuis plus d'un an, par des voies toutes différentes, de préciser la topographie radiculaire, jusqu'ici méconnue, du sympathique colique. L'étude radiologique de l'effet d'infiltrations étagées strictement localisées aux flancs des vertèbres dorsales basses et lombaires nous conduisit à des conclusions, qui, dans leur ligne générale, se superposent à celles de MM. Guerrier et Courty : schématiquement, cæcum et côlon droit forment le territoire des splanchniques, le côlon gauche paraissant sous la dépendance de la chaîne lombaire, dans laquelle peuvent être mises en évidence les localisations successives de ses divers segments. Le seul point, sur lequel divergent nos résultats, est la part que prendrait anatomiquement le splanchnique à l'innervation sigmoïdienne, qui nous parut très accessoire. Nous nous trouvons par contre d'accord pour préconiser en principe une action bilatérale, si l'on veut obtenir un effet hypertonique durable.

Cette concordance, ainsi presque absolue, nous semble d'autant plus digne de remarque que, de même que nous ignorions leurs travaux, MM. Guerrier et Courty ne pouvaient connaître les recherches que nous avions entreprises, évoquées seulement le 3 Février 1944 dans une note préliminaire à la Société de Chirurgie de Lyon, puis développées le 22 Mars 1944 à l'Académie de Chirurgie et dont le détail est exposé dans un mémoire sous presse du *Lyon Chirurgical.*

P. MALLET-GUY et P. STAGNARA.

***

A propos de l'Héméralopie dans la marine.

M. le médecin général Lancelin a résumé dans *La Presse Médicale* du 18 Mars 1944 un de nos travaux qui, poursuivi en 1939 en escadre, avait fait l'objet d'un rapport dont les *Archives de Médecine navale* n'ont publié qu'une partie. Nous tenons à préciser que nos recherches ont été menées à l'aide de l'adaptomètre Chevallier et Roux (de la Faculté de Marseille), appareil qui permet d'étudier la sensibilité rétinienne par la mesure du seuil d'éclairement perceptible par l'œil.

L. ANDRÉ (de Toulon).

Livres Nouveaux

Pancréatites chroniques gauches, par PIERRE MALLET-GUY et A. VACHON, 1 vol. de 193 pages (*Masson* et Cie), Paris, 1943. — Prix : 80 fr.

Mallet-Guy a opéré 34 cas de pancréatite chronique localisée à la moitié gauche de la glande, ce qui lui permet d'affirmer qu'il existe un syndrome gauche « infiniment plus net que le syndrome droit, masqué par les signes biliaires d'emprunt ; son diagnostic clinique en est habituellement facile, alors qu'il n'est souvent pas possible de formuler cliniquement le diagnostic formel d'une pancréatite de la tête ; la recherche en décubitus latéral droit d'un point sous-costal gauche a une haute valeur diagnostique ».

Mallet-Guy avance que rien n'est plus trompeur, en matière de pancréatite gauche, que le laboratoire et qu'aucun progrès ne peut être réalisé, tant que l'on veut exiger des épreuves, dites caractéristiques, qu'elles donnent la clé du problème. Aucune signification diagnostique ne peut être donnée à une réponse négative du laboratoire ; il faudrait, pour que les recherches humorales aient une valeur certaine, que la sclérose fût régulièrement répartie à tout le pancréas ; or, les observations de MM. Mallet-Guy et Vachon conduisent à des conclusions inverses.

La perception d'une grosseur pancréatique n'a été faite que chez 4 malades ; on notait l'existence d'une masse allongée se dirigeant obliquement en haut et à gauche. Un pancréas perçu à la palpation est bien entendu considéré comme pathologique. MM. Mallet-Guy et Vachon ne retiennent pas comme valable, le signe de Delbet, la transmission des battements aortiques par un pancréas induré, chez les sujets maigres.

L'examen radiologique paraît avoir un certain intérêt ; cependant la situation topographique de la moitié gauche du pancréas et des modifications de volume relativement discrètes, expliquent que cet examen ne soit pas aussi probant que pour d'autres organes.

Lorsque la radiographie montre des taches opaques bien limitées, dans le pancréas, il faut savoir qu'elles ne sont pas toujours l'image de calculs, mais peuvent représenter des calcifications intraglandulaires, toutes différentes des premières qui sont intracanaliculaires.

En résumé, après la constatation d'un point douloureux sous-costal gauche, en décubitus latéral droit, le dernier mot revient à l'exploration opératoire qui doit obligatoirement porter sur toute l'étendue du pancréas.

La technique opératoire a été bien réglée par Mallet-Guy ; il semble qu'il n'y ait de difficile que la libération des pédicules vasculaires spléniques, la notion cunéiforme de la tranche glandulaire permettant une suture exacte.

Les opérés de Mallet-Guy ont retiré un bénéfice évident de cette opération, bénéfice qui se solde par la rupture d'un cercle vicieux de réflexes vaso-moteurs que déclenche cette pancréatite.

Dans les lésions diffuses prédominant à gauche, et dans les lésions de pancréatite diffuse droite et gauche, la pancréatectomie gauche est évidemment inefficace. Cependant les chirurgiens ne se trouvent pas encore désarmés puisque, dans ces cas, la splanchnicectomie gauche compte des succès appréciables. Après les travaux de Brocq et Miginiac, une nouvelle étape est franchie dans la chirurgie du pancréas.

P. WILMOTH.

Les troubles du rythme cardiaque [Clinique, Electro-cardiographie. Traitement], par EMIL VICIU (*Prometeu*, édit.). Bucarest.

Cet ouvrage, préfacé par le Prof. Hatzieganu (de l'Université de Cluj), comble une lacune de la littérature médicale de langue roumaine. Il envisage au triple point de vue clinique, électrocardiographique et thérapeutique les troubles du rythme. Très documenté, richement illustré, il rendra de grands services aux étudiants et aux médecins roumains.

C. LIAN.

Maladies professionnelles (3e cahier des Textes sanitaires), par le Prof. M. DUVOIR et M. E. MALESPINE. 1 broch. de 72 p. (*Vigot frères*, édit.), Paris, 1943. — Prix : 40 fr.

Ce cahier contient les lois et décrets concernant les maladies professionnelles, accompagnés de notes et de documents. Il rendra les plus grands services aux médecins du travail et à tous ceux qui s'intéressent à l'industrialisme.

G. P.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Comité de coordination

Région parisienne

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 26 DU 18 AVRIL 1944.

La Commission paritaire (*Union des Caisses, Ordre des médecins*) s'est réunie le 27 Avril au sujet de l'interprétation qu'il y a lieu de donner à l'article 4 relatif aux honoraires.

Consultations prénatales. — En attendant qu'une liaison plus étroite existe entre les divers services intéressés (Ordre des médecins, Assurances sociales, Santé publique, Ravitaillement), le Comité de Coordination recommande aux médecins de la région parisienne de délivrer le plus précocement possible aux femmes présumées enceintes le certificat de grossesse qui permet d'obtenir la carte de grossesse.

Il leur recommande également de pratiquer eux-mêmes ou de faire pratiquer les examens prévus par la loi (examen général complet, radioscopie pulmonaire et réaction de Bordet-Wassermann). Pour les femmes de situation modeste, il peut être fait appel pour les radioscopies aux dispensaires de l'O. P. H. S., pour les séro-réactions à l'Institut Fournier. De toute façon, il importe que ces examens soient pratiqués le plus précocement possible si l'on veut que soit atteint le but prophylactique recherché.

Dès que ces examens ont été effectués, les indiquer dans la case spéciale de la carte de grossesse afin d'éviter, particulièrement aux femmes assurées sociales, le désagrément, quelques semaines ou quelques mois plus tard, de nouveaux examens et de nouveaux déplacements.

Par erreur sans doute, il est indiqué dans les imprimés que ces examens doivent être pratiqués par un médecin « spécialisé ». Il est évident que tous les médecins peuvent procéder seuls ou le plus souvent aidés du « laboratoire du phtisiologue ou du radiologue, aux examens généraux prévus tant par la loi du 16 Décembre 1942 que par celle des Assurances sociales.

Médecins du travail et Assurances sociales. — Le *B. O. du Travail* (16 Janvier 1944) publie une circulaire (n° 57) relative à la coordination entre les services de la médecine du travail et les organismes d'assurances sociales, circulaire dont nous extrayons les passages suivants :

1° *Paiement des prestations par les Caisses.* — Il est rappelé que, conformément aux principes de la loi du 28 Juillet 1942 et de la doctrine élaborée par le Comité permanent de la médecine du travail, les médecins du travail n'ont pas qualité pour donner des soins d'une façon régulière au personnel de l'entreprise. Ils n'y sont habilités qu'à titre exceptionnel quand il s'agit d'affections bénignes et passagères. C'est ainsi qu'ils peuvent notamment, en cas d'accident du travail, donner des soins d'urgence, de même qu'en cas de maladies professionnelles n'entraînant pas la cessation du service ; mais ces soins

peuvent être étendus également aux affections bénignes et passagères n'entraînant pas l'interruption du travail et ne nécessitant pas de soins suivis. Dans ce cas, une ordonnance peut exceptionnellement être remise au malade et la feuille de maladie des Assurances sociales peut être signée (une seule fois) sous réserve d'y faire figurer la mention « Consultation gratuite exceptionnelle ».

Le Comité permanent a, d'autre part, admis que les médecins du travail pouvaient éventuellement prescrire un repos aux travailleurs dont l'état de santé justifie une interruption de travail. Mais, ainsi que je l'ai déjà noté, la médecine du travail doit se limiter strictement à la prévention. Il s'ensuit que les repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doivent être de très courte durée et ne pas s'accompagner d'ordonnance, puisqu'ils ne peuvent se justifier en principe que par la nécessité d'éviter qu'un état de fatigue vienne à s'aggraver. Dans ces conditions, le maximum de la durée de repos que peut prescrire un médecin d'entreprise doit être fixé à 8 jours. Pour cette période, la participation de la Caisse d'Assurances sociales est limitée au paiement éventuel des indemnités journalières, après le délai de carence. A l'expiration des 8 jours, le service des prestations d'Assurances sociales ne pourra être continué que sur la prescription du médecin traitant de l'assuré.

D'autre part, l'employeur doit seul conserver la charge du fonctionnement de la médecine d'entreprise et il ne peut obtenir de subvention. Les Caisses doivent du moins rembourser, dans les conditions habituelles, les médicaments prescrits sur l'ordonnance de ces médecins. Elles auront soin toutefois de s'assurer que les ordonnances délivrées ne concernent pas des assurés victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle. Les feuilles de maladie d'Assurances sociales ne doivent, par ailleurs, être signées par les médecins du travail que si les soins donnés ne concernent pas une maladie susceptible d'être indemnisée au titre de la législation sur les accidents du travail.

2° *Contrôle de la gratuité des soins.* — Tout acte médical exécuté dans un service médical du travail doit être gratuit. Les Caisses d'Assurances sociales qui connaîtraient des cas précis de services médicaux qui auront demandé aux ouvriers des honoraires quelconques pour un acte médical devront les signaler au Service régional.

3° Dans l'état actuel des textes, la *participation financière des Assurances sociales* dans le domaine des services médicaux et sociaux du travail ne peut être en aucune manière envisagée. Leur intervention doit être limitée à la mise à la disposition des services médicaux et sociaux du travail, du matériel de dépistage qu'elles peuvent posséder, notamment l'appareillage de radiophotographie.

L'entente directe à l'hôpital. — L'hôpital de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir) vient d'être mis en demeure par la préfecture d'Eure-et-Loir de faire cesser l'entente directe existant dans l'établissement.

A la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise. — En 1943, les dépenses de la Caisse interdépartementale pour le risque maladie se sont élevées à 724 millions de francs (contre 353 millions en 1942).

Ces dépenses sont ainsi réparties :

	MILLIONS
Frais médicaux (y compris ceux des hôpitaux et dispensaires)	126
Frais de chirurgie et autres spécialités	27
Soins dentaires	16
Frais pharmaceuriques (y compris analyses et laboratoire)	97
Frais d'hospitalisation	105
Remboursements à l'A. M. G. (art. 19)	4
Indemnités journalières	346

Comme on le voit, près de la moitié des dépenses est consacrée aux indemnités journalières (demi-salaire). Le Comité de coordination ne peut que renouveler sa recommandation aux médecins de veiller à ce que les arrêts de travail ne soient prescrits que dans la mesure où ceux-ci sont médicalement nécessaires.

Prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris. — Voici les nouveaux prix fixés : Médecine, 135 fr. ; Chirurgie, 141 fr. ; Maternité, 141 fr. ; Sanatoria, 80 fr. ; Etablissements de chirurgie, 70 fr. ; Etablissements de convalescence, 56 fr.

Le tarif de responsabilité des A. S. a été porté au même taux (Remboursement à 80 pour 100).

Conseil du Collège départemental de Seine-et-Marne

Tarif corporatif minimum. — Le Collège a décidé d'appliquer, à partir du 1er Avril 1944, le tarif 1944 (tarif corporatif minimum) suivant :

Consultation, 40 fr. ; visite en ville, 50 fr. ; visite du dimanche, 80 fr. ; visite de nuit, 100 fr. ; visite en campagne, 30 fr. plus indemnité kilométrique de 4 fr. par kilomètre parcouru ; chiffre-clé, P. C., 30 fr. ; K., 30 fr.

Pour le secrétaire général,
Le secrétaire administratif : Dr P. Coquin.

Agrégation de médecine

Art. 1er. — A titre transitoire, les concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie seront subis suivant les modalités fixées par les arrêtés des 31 Juillet 1934, 14 Août 1935, 15 Mars 1938 et 13 Février 1939 modifiés, ainsi qu'il est dit à l'article ci-après.

Art. 2. — Les articles 4, 5, 10, 12, 21, 33 et 37 de l'arrêté du 31 Juillet 1934, modifiés par les arrêtés des 14 Août 1935, 15 Mars 1938 et 13 Février 1939, sont, à titre transitoire, modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 4. — Le concours est annoncé par un avis inséré au *Journal officiel* 3 mois au moins avant l'ouverture des épreuves ».

« *Art.* 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies dès l'annonce du concours. Ils restent ouverts 1 mois. »

. . . .

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 10. — Les épreuves de la 1re série ou épreuves d'admissibilité comprennent :

« 1° (Sans changement.)

« 2° Une épreuve de titres sans exposition orale.

« L'exposé écrit sera simplement dactylographié, un exemplaire en sera distribué à chaque membre du jury par les soins de la Faculté de Médecine de Paris, 2 jours avant l'ouverture du concours. Ces deux épreuves sont cotées de 0 à 20. »

« *Art.* 12. — L'épreuve de la 2e série ou épreuve d'admission est constituée : 1° pour les sections de médecine générale (option médecine générale), chirurgie générale (options chirurgie générale, urologie), ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, par une leçon clinique sur un malade dont le diagnostic est donné. Cette leçon aura une durée de 30 minutes et sera faite après 30 minutes d'examen et de réflexion ; 2° pour les autres sections et options, par une épreuve pratique suivie d'une discussion sur un sujet donné. Le jury fixera le temps et la durée de cette épreuve. »

« *Art.* 21. — Les candidats définitivement admis au concours sont nommés pour 4 ans par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale. »

. . . .

(Le reste sans changement.)

« *Art.* 33. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de deux jurys au plus au cours d'une même session ; toutefois, il ne peut pas faire partie des jurys de deux sessions successives, sauf dans le cas de nécessité absolue. »

« *Art.* 37. — Les jurys des diverses sections du concours sont formés suivant le tableau ci-après :

« *a*) Anatomie, histologie (jury commun) : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur d'anatomie, 1 professeur d'histologie, 1 professeur de chirurgie.

« Départements. — 1 professeur d'anatomie, 1 professeur d'histologie.

« *b*) Histoire naturelle médicale et parasitologie : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie, 1 professeur de bactériologie.

« Départements. — 1 professeur d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie, 2 professeurs de parasitologie.

« *c*) Physiologie : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur de physiologie, 1 professeur de pathologie expérimentale et comparée.

« Départements. — 2 professeurs de physiologie, 1 professeur de chimie médicale ou de physique médicale.

« *d*) Chimie médicale. — Physique médicale (jury commun) : 5 membres.

« Paris. — 1 professeur de chimie médicale, 1 professeur de physique médicale.

« Départements. — 1 professeur de physique médicale, 2 professeurs de chimie.

« *e*) (Sans changement.)

« *f*) Médecine générale : 6 membres.

« Paris. — 1 professeur de clinique générale et propédeutique, 1 professeur de cliniques médicales spéciales (maladies infectieuses, maladies des enfants, neurologie, psychiatrie, phtisiologie, cardiologie, dermato-syphiligraphie) ; 1 professeur de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie médicale, de thérapeutique, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'hydrologie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de médecine légale, de médecine expérimentale, ou de bactériologie.

« Départements. — 1 professeur de clinique générale ; 1 professeur de cliniques médicales spéciales (maladies infectieuses, maladies des enfants, neurologie, phtisiologie, cardiologie, dermato-syphiligraphie) ; 1 professeur de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie médicale, de thérapeutique, d'hydrologie, d'hygiène, d'anatomie pathologique, de médecine légale, de médecine expérimentale, ou de bactériologie.

« *g*) Chirurgie générale : 6 membres.

« Paris. — 3 professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale.

« Départements. — 3 professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales ou de médecine opératoire.

« *h*) (Sans changement.)

« *i*) (Sans changement.)

« *j*) Obstétrique : 5 membres.

« Paris. — 2 professeurs de clinique obstétricale.

« Départements. — 2 professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements, 1 professeur de clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Paris ou des facultés de médecine des départements.

. . . .

(Le reste sans changement.) (*J. O.*, 20 Avril 1944.)

Régime des Inscriptions

Un décret du 17 Avril 1944 (*J. O.*, 20 Avril 1944) précise que par dérogation aux dispositions de l'article 11 du décret du 21 Juillet 1897 les étudiants en médecine nés en 1922 et accomplissant leur service du travail obligatoire en Allemagne *sont autorisés à prendre par correspondance*, par procuration ou par l'intermédiaire de leur famille, 2 *inscriptions au maximum* dans une faculté ou école de médecine.

CRÉATION DE CENTRES INFANTILES
pour l'approvisionnement en lait des enfants de moins de 6 mois dans la région parisienne

La création de « Centres infantiles » a été décidée par arrêté préfectoral du 22 Avril 1944. Depuis le 2 Mai 1944, ils peuvent seuls distribuer le lait destiné aux enfants de 0 à 6 mois.

Dès maintenant, le lait y sera tout spécialement surveillé, et les Centres disposeront, pour les cas de tourne ou de retard dans les arrivages, de stocks suffisants de lait stérilisé ou condensé non sucré, dont ils seront approvisionnés par priorité.

La liste des Centres habilités pour cette distribution est affichée dans toutes les mairies du département de la Seine et le choix en est laissé aux parents.

Toutefois, l'inscription des enfants à l'un de ces Centres est obligatoire.

Université de Paris

Vacance de chaire. — Par arrêté du 6 Avril 1944, la chaire de technique chirurgicale de la Faculté de Médecine (création) est déclarée vacante.

Un délai de 20 jours, à compter du 19 Avril, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Cours de stomatologie. — Ce cours, fait par le docteur Dechaume, chargé de cours, a lieu les lundis et vendredis, salle de thèses n° 2, à 18 heures. Sujet du cours : Pathologie des maxillaires.

Un cours de chirurgie urologique (Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale) sera fait par MM. Laurence et Nardi, prosecteurs, sous la direction de M. Bern. Fey, agrégé, du 29 Mai au 8 Juin 1944, à 14 h. 30.

Nombre des élèves limité. Droit : 300 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté (gratuite pour les internes).

Dix leçons sur la chirurgie viscérale obdominale (Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale) seront faites sous la direction du Prof. Jean Quénu, par MM. J.-L. Lortat-Jacob et J.-M. Vernes, prosecteurs, du 12 au 22 Juin 1944, à 14 h. 30.

Nombre des élèves limité. Droit : 500 fr. Inscription au secrétariat de la Faculté (gratuite pour les internes).

Les travoux protiques d'hématologie des docteurs R. André, J. Bernard, L. Brumpt, G. Lavergne et J. Mallarmé commenceront le mardi 30 Mai, au lieu du 5 Juin, et continueront les lundis, mardis, mercredis et vendredis suivants.

Ecole pratique des hautes études. Laboratoire d'électrophysiologie (Salpêtrière). — Le docteur Georges Bourguignon, directeur du laboratoire, maître de recherches, a commencé le lundi 1er Mai 1944, à 18 h., à l'Amphithéâtre Charcot, à la Salpêtrière un cours théorique et pratique d'Electrophysiologie normale et pathologique et le continuera tous les mercredis et lundis jusqu'au mercredi 12 Juillet. — *Sujet du cours :* I. Chronaxie et Clinique ; II. L'indice chronologique vestibulaire en neurologie et psychiatrie.

Leçons théoriques : les lundis, à 18 h., à l'Amphithéâtre Charcot (à la Salpêtrière).

Leçons pratiques les mercredis, à 17 h., au Laboratoire d'électrophysiologie (pavillon Esquirol, à la Salpêtrière).

Universités de Province

Foculté de médecine de Nancy. — M. Helluy, assistant agrégé, est délégué dans les fonctions d'agrégé chargé des travaux pratiques de bactériologie et parasitologie.

— M. Louyot est chargé des fonctions d'agrégé de propédeutique médicale.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Lassferre est provisoirement chargé des fonctions d'agrégé chargé d'enseignement de la thérapeutique.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Pierre Etienne-Martin, agrégé près la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Dijon. (M. Olivier, démissionnaire.)

Ecole de médecine de Nontes. — M. Mousseau est institué professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale pour 9 ans. (M. Bureau, titularisé professeur.)

Concours et places vacantes

Hôpitaux de Noncy. — Est nommé Médecin des hôpitaux : M. P. Louyot.

— Sont nommés Assistants de médecine : MM. L. Pierquin, F. Heully, Herbeuval et P. Briquel.

— Sont nommés Assistants de chirurgie : MM. Bergeron et Godot.

— Sont reclassés comme Spécialistes des hôpitaux. — *Oto-rhino-laryngologie :* M. P. Aubriot. — *Biologie médicale :* M. M. Verain.

Sont reclassés comme Assistants des hôpitaux. — *Médecine :* MM. A. Remy, Fr. Haushalter et G. Grandpierre. — *Chirurgie :* MM. P. Corret, P. André, P. Bertrand et A. Beau. — *Gynécologie-Obstétrique :* MM. J. Louyot et J. Richon. — *Oto-rhino-laryngologie :* MM. G. Coulet et R. Grimaud. — *Electroradiologie :* MM. Malraison, P. Chatelain, P. Jacob et J. Roy. — *Biologie médicale :* MM. P. Colson et Harmand.

Externat des hôpitaux de Paris. — Classement des candidats reçus (Juin et Décembre 1943) : 1. MM. J. Viard, G. Basset, F. Clamagiraud, R. Le Mur, M. Montouchet, Mlle E. Jeanne, MM. H. Goudal, P. Boujon, D. Pellerin, Mlle A. Gobert, M. J. Comby, Mlle J. Raveau, MM. B. Thuillez, J. Hindermeyer, A. Bouchard, J. Solamito, J. Meyer, Mlle G. Garrigues, M. J. Thiollet.

20. MM. P. Lande, J. Rogé, J. Vincent, Fr. Vanbremeersch, Mlles B. Romain, S. Belligand, MM. M. Chappuis, L. Beauchamps, J. Maillard, R. Bouchard, Cl. Richard, B. Renaux, S. Jagailloux, Mlle J. Lhommet-Isoard, MM. A. Robin, R. Cuisiniez, Mlle J. Rabeyroux, MM. A. Philippon, B. Billaudet, G. Michaux.

40. MM. B. Foissin, J. Billot, J. Cendron, M. Hauville, M. Sarrat, H. Cadoré, Mlle J. Mulsant, MM. J.-Fr. Laroche, M. Boileau, J. Holzer, J. Hélie, Mlle O. Frémont, MM. M. Laennec, E. Martin, P. Bloch-Laroque, Mlle E. Frey, MM. A. Boisselier, P. George, Cl. Leconte, G. Hamard,

60. MM. J.-P. Challaye, G. Brumant, J. Bénard, B. Damoiseau, P. Porte, G. Baué, M. Chartier, P. Bourguignon, M. Mevel, R. Florent, L. Moreau, G. Helaine, Mlle C. Dupuy, MM. Cl. Dubost, J. Leprat, J. Duparc, J. Forestier, D. Franquet, Mlle P. Descola, M. P. Longnos.

80. MM. O. Fourcade, D. Fleury, J. Ziegler, G. Perdriel, M. Ribierre, Mlle S. Puiseux, MM. J. Fossard, J. Couvreur, Mlle Y. Martinet, MM J. Boucher, Y. Le Besnerais, Mlle Cl. Perrin, MM. M. Marie, P. Deschamps, M. Gevraise, J. Rozet, J. Lotte, Mlle G. Thomas, MM. F. Chambellant, R. Gauche.

100. Mlle J. Stœcklin, MM. J. Gandon, J. Renier, Mlle M. Nasse, M. D. Martin dit Dupray, Mlle O. Lefebvre, MM. M. Nadal, R. Picard, L. Descamps, J. Bourneuf, P. Chigot, J. Ranty, Mlle G. Devin, M. M. Loustau-Chartez, Mlle C. Mattei, MM. J. Laburthe-Tolra, J. Aloin, R. Poitrinal, M. Legrain, A. Hué.

120. MM. M. Garbay, H. Jérome, C. Thomas, J. Poisson, A. Berhaut, R. Cartier, Mlle J. Liger, MM. G. Delorière, J. Psaume, J. Griffe, G. Guyard, M. Langeard, B. Clavel, J. Morigny, O. Verneaux, A. Hubault, D. Lesage, J. Hautefeuille, Mlles H. Gascuel, J. Bion.

140. MM. M. Wargnier, L. Sicot, Mlle J. Renou, MM. F. Prévost, A. Vigneron, J. Clavreul, R. Moreau, R. Segaud, P. Mather, J. Bataillard, R. Poinot, O. Sabouraud, G. Heymans, M. Martini, J. Bertrand, Cl. Cattoen, P. Paillard, Mlle M. Launey, MM. M. Dorotte, P. Flin.

160. MM. G. Lebreton, P. Maisse, Mlle L. Wormser, MM. R. Lefort, J. Zerolo, F. Collot, A. Marest, R. Guyot, R. Ville, Cl. Amaury, R. Legros, Cl. Richard, D. Peltier, E. Elie, J. Leblanc, J.-Cl. Savoie, P. Thibault, A. Vanhove, D. Hervouet, J. Jabert.

180. MM. M. Martelli, J. Gautard, G. Paychère, J. Pollet, Mlle H. Perrin, MM. J. André, J. Vallet, F. Lebarhe, R. Mazel, P. Brugnon, Mlle R. Neyrat, MM. J. Carpentier, Cl. Louvot, G. David, M. Hamery, J. Chabot, J. Ortega, J. Hardy, A. François, Cl. Lenormand.

200. MM. J. Bertran, R. Godet, M. Lainé, G. Meillaud, G. Huertas, G. Demazure, J. Maguer, B. Legraverend, R. Bargues, R. Bourrillon, Mlle S. Foisy, MM. P. Mathis, J. Carayon, Mlle J. Hausslein, MM. R. Olivier, P. Bailly, J. Thiron, M. Castillon du Perron, P. Blancheton, R. Aloin.

220. MM. G. Breitman, J. Jardin, L. Olivier, H. Malan, M. Soule, Mme P. Courtois, née Calon, Mlle N. Gérard, MM. J. Poggioli, R. Bouvier, Mme Raguet, née Guilliams, MM. A. Derenne, D. Bucaille, M. Fonquernic, J. Chevalier, A. Denoel, A. Durand, R. Jeulin, J.-P. Mensior, M. Fontaine, A. Cadiot.

240. MM. J. Petitjean, J. Auvigne, M. Dupré, F. Lehodey, J. Leclerq, N. Gayet, M. Benedetti, S. Avakiantz, J. Ramon, A. Leproux, C. Bouvier, L. Gesp, G. Drumez, Mlle M. Venes, M. H. Triboulet, Mlle J. Meyer, MM. P. Ybert, G. Peuvion, Mlle D. Jolly, M. C. Buchet.

260. MM. Cl. Millard, N. David, R. Tronche, J. Maurou, P. Sesboue, P. Maurer, L. Lemaire, P. Landrieu, P. Blondet, F. Casalis, H. Fayet, P. Gourinat, P. Garnier, Ly-Van-Ky, F. Mirot, R. Vincent, Mlles F. Dufresne, G. Gober, M. J. Rouot, Mlle J. Sorrel-Déjerine.

280. MM. Y. Le Lay, F. Gaspard, H. Dorenlot, Mlle M. Larquier, MM. Cl. Baudouin, M. Arsac, Mlle N. Rivet, M. J. Lataste, Mlle M. Lhugnot, MM. H. Robert, B. Petit, Cl. Jarry, Mlle A. Diard, MM. A. Fraquet, P. Solignac, R. Lacombe, G. Theron, Mlle S. Jouy, MM. P. Thoreux, J. Pedrono.

300. MM. M. Bucaille, L. Boulard, J.-L. Barry, J. Le Bourhis, R. Magnet, M. Larangot, Mlles Y. Blot, Cl. Spinasse, MM. J. Rejou, R. Masse, Mlle R. Clermont, MM. B. Brunet, J. Cramer, J. Massart.

Médecin breveté de la Marine marchande. — Un examen d'aptitude réservé aux docteurs en médecine français aura lieu à Paris à la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (Laboratoire d'hygiène), le 19 Juin 1944 et jours suivants.

Les dossiers des candidats devront être adressés 20 jours *à l'avance* au secrétariat d'Etat à la Marine et aux Colonies (service de la Marine marchande, direction des gens de mer), 3, place de Fontenoy, à Paris-7e. (Demande établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 100 fr. pour droits d'inscription.)

— En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au LABORATOIRE D'HYGIÈNE du 22 Mai au 7 Juin. Il comprendra des leçons, qui auront lieu chaque jour, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques.

Inscriptions (300 fr.) au secrétariat (guichet n° 4). Renseignements au Laboratoire d'hygiène, Faculté de Médecine de Paris.

Médecin directeur du laboratoire central de la Ligue nationale contre le péril vénérien. — Un concours sur titres est ouvert à l'Institut Alfred-Fournier. Le directeur du Laboratoire central est placé sous l'autorité du directeur général de la Ligue; il assure la direction technique du laboratoire, le contrôle des examens, la direction du service de dépistage de la syphilis dans les établissements industriels.

Traitement annuel : 100.000 francs. (Poste exclusif de l'exercice de la clientèle et de toute autre fonction.)

Adresser les demandes, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris, et déposer les exposés de titres en 3 exempl. avant le 31 Mai.

Ecole dentaire de Paris. — Des concours sont ouverts pour la nomination d'un professeur suppléant et d'un chef de clinique de prothèse pratique.

L'épreuve sur titre aura lieu le 22 Juin 1944. Inscriptions à l'E. D. P., 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris-9e, jusqu'au 8 Juin.

Nouvelles diverses

Hôpital Broussais-La Charité. — Les leçons cliniques avec présentation de malades, faites par M. AUBIN, auront lieu les 2e et 4e lundis du mois (au lieu des 3e et 4e lundis).

La deuxième messe familiale du Corps médical et des services de santé aura lieu le dimanche 14 Mai 1944 à 9 heures en la chapelle Saint-Louis des Invalides sous la présidence d'honneur de S. Em. le cardinal Suhard.

Ce n'est pas aux médecins seuls que cet appel est adressé, mais à toutes les familles, aux enfants et à tous les étudiants et étudiantes en médecine.

L'office religieux sera assuré par plusieurs prêtres ou séminaristes docteurs en médecine ou fils de médecin.

Un service protestant en souvenir des morts des familles médicales et en l'honneur des mères de familles médicales aura lieu le dimanche 7 Mai 1944, à 10 h. 30, au temple de la Rédemption, 16, rue Chauchat (métro : Richelieu-Drouot et Notre-Dame-de-Lorette). La prédication a été demandée au pasteur Hammel, docteur en médecine.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame MENETREL sont heureux de faire part de la naissance de leur 4e enfant, *Marie-Caroline*. (Vichy, le 14 Avril 1944.)

— Le docteur JACQUES SENEZ, chef de clinique à la Faculté de Médecine, et Madame, née Gailleton, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Catherine*. (Marseille, le 11 Avril 1944.)

— Le docteur et Madame MARCIUS CHAPRON sont heureux d'annoncer la naissance de leur 2e fils, *François*. (Trévières [Calvados], le 14 Mars 1944.)

— Monique CORTEEL a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur, *Marie-Nicole*. (De la part du docteur et Madame PAUL CORTEEL ; Paris, le 27 Mars 1944.)

— Le docteur JEAN DURIN, électroradiologiste des Hospices de Compiègne, et Madame ont la joie d'annoncer la naissance de leur fille *Marie-Françoise*. (Compiègne, le 3 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme ANDRÉ LECOANET sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Henri*. (Saint-Dié, le 26 Mars 1944.)

— Roger, Claude, Pierre, Jacques AUDOYE ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Eliane*. (De la part du docteur H. AUDOYE, médecin chef de la Marine, et de Madame. Quimper, 12 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme PIERRE CHICHEIL sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Pierre*. (Vernet-les-Bains, le 30 Mars 1944.)

— Martine a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Marie-Evelyne*. (De la part du docteur FRANÇOIS COUDER, interne des hôpitaux, et de Madame, née Le Chatelier. Paris, le 19 Mars 1944.)

— Le docteur et Mme PIERRE MADILHAC sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Michèle*. (Orléans, 3 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme RABOURDIN sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Anne*. (Gisors, 14, rue de Dieppe, le 17 Mars 1944.)

— Le docteur H. ROULAND est heureux d'annoncer la naissance de ses deux petits-fils : *Jean-Loup*, fils du docteur et de Mme HENRY ROULLAND, et *Patrice*, fils de M. MAURICE ROULLAND, étudiant en médecine, et de Madame. (6 et 9 Avril 1944.)

Mariages.

— On annonce le mariage du docteur MAX FILIPPI, de Lille, avec Mlle SABINE WICART.

— Le docteur J.-B. BUVAT et Madame, le docteur GEORGES VILLEY-DESMESERETS et Madame ont l'honneur de faire part du mariage de Mlle ODILE VILLEY-DESMESERETS, externe des hôpitaux de Paris, leur petite-fille et fille, avec M. JEAN FOURMENT, externe des hôpitaux de Paris. (Paris et Viry-Châtillon [Seine-et-Oise].)

Décès.

— On annonce le décès du Dr F. AILLET, de Cahors ; du Dr MAURICE GANDY, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Infirmière, 7 ans dispensaire, 9 mois assistante radio, dactylo, tr. bonne éducat., ch. sit. de préférence auprès Dr spécialiste pour enfants, Paris. Ecr. *P. M.*, n° 560.

Infirmière manipulatrice radiologie, tr. expérimentée, dact., cherche place chez radiologue. Ecr. *P. M.*, n° 585.

Médecin propharm., rég. strictem. agricole, 80 *km*. Paris. Tr. gr. rapp. A céder av. installat. et mobil. Px une année. Mais. tt confort. Loyer 8.000 comptant. Ecr. *P. M.*, n° 602.

A céder, cause décès, cab. ophtalm., condit. opérat. assurées, consult. à l'extér. Mme Pantel, 22, r. d'Avéjan, Alès (Gard).

A vendre : App. urol., tables, microsc. Zeiss, cystoscopes, Poupinel, vitrine, etc. Bureau ministre ét. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 640 ou téléph. Wag. 59-18.

Demandons agents exclusifs dégagés du S. O. T., bonne présent., bonne instruction, pour visites médicales. Service des Employés, 2 *bis*, rue de la Jussienne, Paris. Visa n° 8.059.

Visiteur médical d'un des 1ers Labos de Paris, introd. dep. 18 ans auprès des prat. de la banl. Seine, S.-et-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. un Labo pour ce secteur. Ecr. *P. M.*, n° 648.

Cherche obj. immers. 1/15, b. état. Lab. Dr Chavarot, Troyes.

A céder pour raison santé pouponnière autorisée, conviendrait à infirm. en puériculture ou sage-f. Ecr. *P. M.*, n° 653.

Visiteur médical, médecine infant., ch. Labo (exclusivité si demandée), visiterait médecins enfants, sages-femmes, pouponnières et hôpitaux de Paris et Seine. Ecr. *P. M.*, n° 654.

Voyageur visit. médec. et dent. Sud-Ouest et Centre, ch. carte matér. médic.-chirurg. et bons Labos. Ecr. *P. M.*, n° 660.

Dame vve disting., famille docteurs, dés. occup. ch. Dr ou dentiste, récept. client. à Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 662.

Vélomoteur Peugeot B.M.A. 100 cm^3 1939. Pneus avant-guerre intacts, ayant roulé 150 *km*. S'ad. M. Philippe Dauchez, 14, rue Saint-Guillaume, Paris-6e. Tél. : Littré 72-61.

On demande une laborantine pouvant faire des coupes histologiques et un chimiste voulant faire un travail de recherches. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.766.

Demande préparatrice bactériologiste diplômée connaissant technique ampoules vaccins pr Labo Paris. Référ. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.740.

Sténo-dactylo sachant parfaitement anglais et allemand, tr. au courant termes médicaux, ch. empl. mi-temps ou trav. à domicile; possède machine. Ecr. *P. M.*, n° 671.

A vendre vitrine laquée blanc, 130×35×70, sur pieds de 30 *cm*., 3 étagères, glace. Ecr. *P. M.*, n° 673.

A vendre pneu Dunlop « 90 » 130×40, excellent état. Ecr. *P. M.*, n° 674 ou tél. Lit. 96-93.

Moto 4 CV b. ét. tr. b. pn. tous access. Pr. int. Montage sid-c. ou remorque prévu. Ecr. *P. M.*, n° 675.

A vendre poste diathermie cautère Lumière avec pédales (Drapier), dernier modèle absolum. neuf. Ecr. *P. M.*, n° 676.

Méd. 36 a., anc. assistant hôp. Paris, anc. électr-rad. hôp. banl., disp. comptant, rech. poste import. radiolog. Reprise ou assoc. rég. paris. ou gde banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 677.

Important laboratoire d'anal. méd. ch. laborantine au cour. bactériol., sérol., hémat., chimie biol. Office du Travail, 5, rue Mazagran, Le Mans (Sarthe). Visa n° 07.734.

On offre en participation bel immeuble 50 chambres, banlieue Paris calme, tt confort, terrasse et parc. Conviendrait pour sana, mais. de repos, etc. Ecr. *P. M.*, n° 679.

Doctoresse rég. évacuée, désirant se perfectionner en électrothérap., assisterait confr. surch. Prétent. tr. mod. *P. M.*, n° 680.

Infirmière-Major très expérimentée demandée pour clinique chirurgicale province. Office du Travail, palais Jacques-Cœur, Bourges (Cher). Visa n° 07.744.

Etudiant fin scolarité ch. pl. interne ou assistant hôpital ou clin. rég. paris. et environs. Ecr. *P. M.*, n° 682.

A vendre ophtalmoscope Busch, neuf, 2.500 fr., et instruments divers ophtalmol. Ecr. *P. M.*, n° 683.

Fils de méd. représent. d'un labor. spécial. pharmaceut., ch. à s'adj. Labo de spéc. médic. pr la visite des médec. banl. Est du dép. Seine et S.-et-O. ou Paris, indiff. Ecr. *P. M.*, n° 684.

Doctoresse, lgue pratique médic., ch. remplacem., associat. ou assistance soit direct. clinique ou sana. Ecr. *P. M.*, n° 685.

Grand laboratoire, service physiologie, dem. jne femme licenciée ès sciences av. certificat physiol. Service Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.752.

A céder, cause décès, cabinet médec. install., outill., droit au bail. Bonne clientèle. Possibilité sit. avenir pour jeune médecin actif. Oloron (B.-P.). Ecr. *P. M.*, n° 687.

Médecin, 30 a., ch. rempl. lgue durée ou assist. confr. surch. ou cess. client. Paris, banl. S.-et-O. Ecr. *P. M.*, n° 688.

Région Ouest, visiteur médical, excell. référ., tr. bien introduit corps médic., hôp. ch. 2e Labo. Ecr. *P. M.*, n° 689.

Méd. chir. certain âge, av. titres et lgue expér. profession., acquérerait cabinet méd. génér. (consult. seulement) ou ferait remplacement lgue durée. Ecr. *P. M.*, n° 690.

Chirurgien achète compt. poste chirurgical. Ecr. *P. M.*, 691.

Pour visite hôp. et secteur Paris rech. représentation spécialités sauf pour v. respir., g. et obstétr., v. urinaires, neurol., 12 a. prat., référ. 1er ord. Prétentions mod. Ecr. *P. M.*, 692.

Docteur, 49 ans, ferait remplacement de préférence Paris ou grand centre. Ecr. *P. M.*, n° 693.

Dame seule, grande propriété, très confortable, prendrait pensionnaire. Ecr. *P. M.*, n° 694.

Médecin rapatrié ferait remplacement longue durée ou en vue succession ou assistance. Ecr. *P. M.*, n° 695.

Doctoresse en méd. Faculté Paris, tr. au cour. trav. Labo bactériol., anat., path., prélèvem. médic., dés. sit., 9 ans réf. même mais. Ecr. *P. M.*, n° 696.

Inf. dipl. Etat, tr. expérim. ds administrat. génér. mais. santé, ch. direct. clinique ou étab. simil. Ecr. *P. M.*, n° 697.

Famille méd. prendrait en pension fillette 6 à 12 ans, non contag. Dr Dubois, Empurany (Ardèche).

Médecin électro-radiologiste, longue prat., recherche poste spécialiste, gde administration ou compagnie. Ecr. *P. M.*, 699.

Infirmière 39 a., dipl. A. P. Etat, 7 a. prat. (dont 3 serv. dent.), ch. empl. soit ch. médec., chir. dent. Ecr. *P. M.*, 700.

A vendre : 1° Microscope mono- et binoculaire neuf, av. objectifs 3, 5, 7, 1/16 et oculaires compensateurs 5, 8, 10 ; 2° une superbe collection histologique (600 pièces). Ecr. M. Bazin, 33, rue Vital, Paris-16e.

A vendre : Microscope Leitz immersion, jumelles Zeiss. Ecr. *P. M.*, n° 702.

Phcie-Labor. Chatron, Montluçon, rech. directeur adjoint labor. analyses médic. possédant diplômes exigés actuellement pr cette fonction. Sit. stable et d'aven. si capacit. Visa n° 215.

Matériel de maison de santé à vendre : lits complets, brancards, etc. Ecr. *P. M.*, n° 704.

A vendre : 1 canapé, 1 condensateur, 1 bain lumière, 1 infra-rouge, 1 milliampère, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 705.

Demande un remplaçant immédiat pour une durée de 40 jours. Dr A. Mourier, Saint-Alban-les-Eaux (Loire).

Cherche infirmier psychique, bon. présent., énergique, bon vivant, pour malade environs Paris. Ecr. *P. M.*, n° 707.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. AMIRAULT.

Imp. de L'Illustration, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA DÉTOXICATION PAR LE SOUFRE

Par **Maurice LOEPER**

(Paris)

Le soufre est le cinquième élément de la matière vivante. Il entre, avec le carbone, l'hydrogène, l'oxygène, l'azote dans la constitution de la plupart des tissus animaux et de beaucoup de tissus végétaux. Il semble ne faire défaut à aucune des matières protéiques.

Les bactéries comme les cellules vivantes le reçoivent de l'extérieur à l'état de sulfates, de sulfites, de sulfures et aussi de composés organiques. Elles le décomposent, le fixent ou l'éliminent par un jeu constant d'oxydation et de réduction.

Mais le soufre, capable de valences multiples, est un élément oxydo-réducteur et le groupe sulfhydryle que contiennent les corps vivants l'est particulièrement.

De sorte que le soufre est dans l'organisme un facteur presque aussi puissant que l'oxygène et d'activité assez symétrique. C'est un peu l'âme de la matière vivante [1].

Introduit dans l'organisme sous forme saline, protéique, il devient ou reste du soufre vivant. Ses formes actives sont la cystine, acide amino-soufré complexe qui devient cystéine par réduction ; le glutathion, qui est un complexe de cystéine, de glycocolle et d'acide glutamique ; la méthionine, qui est le dernier acide thioaminé connu.

Il s'élimine par la bile sous forme de taurine combinée à l'acide cholalique ; il s'élimine aussi par l'urine sous forme de sulfate qui est un soufre oxydé et un véritable déchet. Mais souvent cette oxydation est complexe et l'acide sulfurique se trouve couplé finalement à des substances aromatiques de l'organisme, telles que le phénol, le scatol, l'indol et c'est la sulfo-conjugaison. Grâce à cette sulfo-conjugaison le corps aromatique a perdu sa toxicité. Il est bien des exemples de détoxication analogues. L'hyposulfite s'oppose à l'intoxication par l'ypérite, le glutathion et l'hyposulfite de sodium à l'intoxication cyanhydrique grâce à la formation d'acide sulfocyanique atoxique (Lang, Heymans et Masoin) ; la cystéine, le glutathion, la thiourée à l'envenimation (Léon Binet et Weller).

Dans les détoxications multiples et variées la dissimulation des métaux joue le rôle principal. On sait combien le soufre et les sulfures sont utilisés dans diverses stations sulfureuses pour éviter les accidents du bismuth et du mercure. L'emploi simultané du soufre et du mercure a été bien souvent vanté dans la syphilis. On sait, d'autre part, que le formaldéhyde sulfoxylate de sodium ou rongalite agit dans l'intoxication mercurielle, au moins à ses débuts ; que l'hyposulfite de sodium (Leclerc et Binet) combat la toxicité de H^3As. Les bienfaits du soufre sont encore connus dans l'intoxication saturnine par les expériences de Binet. En injectant de l'hyposulfite de sodium dans le péritoine, cet auteur supprime l'action mortelle de l'acétate basique de plomb chez le cobaye et prévient même la paralysie chez l'animal qui survit. Même il constate que le vairon, régulièrement tué en dix-huit heures dans une eau additionnée d'acétate de plomb, survit quand on ajoute à cette eau de l'hyposulfite à 20 pour 100. La radiographie du vairon montre que l'intestin du premier absorbe le plomb et que le second ne l'absorbe pas [2].

1. M. LOEPER et L. BORY : *Le soufre en biologie et en thérapeutique.* (*Doin*, éditeur), 1932.
2. Léon BINET : L'action détoxicante du soufre, *in Le Soufre.* Monographie de l'Institut de Thérapeutique de Paris (*Masson*, édit.), 1943.

Et il y a d'autres exemples. Les sels d'or ne sont vraiment entrés dans la thérapeutique que lorsque l'on a combiné le métal actif à du soufre en faisant l'hyposulfite d'or et de sodium. Dans la plupart des produits utilisés le soufre sert d'agent de liaison entre l'or et une molécule organique à fonction alcool. Tel l'aurothiopropanol-sulfonate de sodium ou allocrysine. Le soufre rend le métal plus labile et moins toxique. Il en est de même pour certains composés bismuthiques comme le thioglycolate de sodium et de bismuth, dérivé de l'acide glycolique ; pour certains composés antimoniés aussi où le soufre est lié d'une part à l'antimoine, d'autre part à des glycols : stibiothiopropanol-sulfonate de sodium et antimonio-thioglycolate de sodium ; ou à des acides : antimonio-thiomalate de sodium.

Des remarques analogues peuvent être faites pour le novarsénobenzol qui est un arsénobenzol traité et réduit par la rongalite et pour le sulfarsénol qui est, pourrait-on dire, doublement soufré. Ce dernier corps est plus stable et quatre fois moins toxique que le novarsénobenzol.

On a préparé aussi des barbituriques soufrés qui sont d'action encore très puissante mais moins toxique parce qu'ils se détruisent dans l'organisme en quinze ou vingt minutes.

Il n'est pas jusqu'aux sulfamides qui aient permis cette démonstration. En leur ajoutant un noyau soufré on a fait le sulfathiazol qui est souvent mieux supporté.

Il est à peine besoin de revenir sur la détoxication des phénols, sur leur sulfo-conjugaison, sur leur sulfonation qui permet de transformer le gaïacol en sulfogaïacolate de potassium, corps atoxique dont on peut administrer jusqu'à 10 *g.* sans incident.

La labilité et l'élimination aisée sont donc des manières de désintoxication, quoique moins directes que la détoxication chimique.

On connaît peu d'exceptions à l'action détoxicante du soufre, à part peut-être la thiopyrine où le soufre remplace l'oxygène et qui est de toxicité supérieure à l'antipyrine.

Le soufre est donc détoxicant. Malheureusement la diminution de toxicité s'accompagne parfois d'une diminution d'activité thérapeutique.

Le dinitro-naphtol perd par sulfonation son pouvoir hypothermisant ; le camphre perd presque toutes ses propriétés, sauf son action cardiaque.

***

Ces recherches cliniques, expérimentales et synthétiques sont fort intéressantes et suggestives. Elles nous ont conduit à étudier l'action du soufre dans l'intoxication par le *benzène* qui, comme l'on sait, est fort importante dans l'industrie, mais n'est pas négligeable en clinique puisque le benzène a été étudié en thérapeutique.

Dans un travail déjà ancien, John, Boruttan, Stadelmann ont vu l'augmentation du soufre conjugué urinaire dans les urines des leucémiques traités par le benzol. Zank, Schrenk et Sayers ont même été jusqu'à dire que le taux du soufre conjugué urinaire était parallèle au taux du benzène dans l'air expiré.

Chez les ouvriers qui travaillent dans le benzène, le pourcentage du soufre conjugué urinaire s'élèverait à 60 et 70 pour 100, suivant Ginno, Vigliani et Giannini. Le fait a été vérifié par Askroll qui dans un vaste travail a fait le bilan urinaire de plus de 7.000 ouvriers.

J'ai moi-même insisté sur cette sulfo-conjugaison dans une intervention récente à la Société Médicale des Hôpitaux [3] et proposé l'administration de fortes doses d'hyposulfite de sodium à tous les ouvriers benzéniques.

3. M. LOEPER : A propos de communication de MM. LÉCHELLE, COSTE, THIEFFRY et CUADRANO : *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris,* séance du 7 Juin 1940, n°s 19-20-21-22-23, 359.

Cette pratique, utile à titre préventif et curatif, est encore peu employée chez l'homme. Elle a pour elle de nombreux résultats expérimentaux. Voici les résultats obtenus chez le cobaye qui est très sensible au benzène et non sur la souris qui y est très résistante.

Nous avons soumis pendant sept semaines avec Cottet [4] deux lots de 5 cobayes à l'inhalation de benzène. Les premiers ne prenaient pas d'hyposulfite et sont tous morts. Les seconds ont pris 1 à 2 cm^3 d'hyposulfite de sodium tous les jours par voie musculaire dans la semaine qui précédait l'intoxication et pendant toute sa durée. Un seul est mort d'accident, un autre n'est mort que le seizième jour, les deux autres résistèrent et durent être sacrifiés.

Ces expériences sont à rapprocher de celle de Binet constatant la survie d'un vairon dans une eau additionnée de benzol quand on y ajoute l'hyposulfite de soude, expérience que, dans nos recherches sur le carpillon, nous n'avons pas vérifiée.

La résistance des animaux a donc été accrue. L'hyposulfite de soude ne semble pas modifier l'action du benzène sur le système nerveux et ne retarde pas l'hypnose, mais il modifie notablement la toxicité du produit sur le foie. Les animaux non traités par le soufre présentent de très grosses altérations du foie caractérisées par une nécrose cellulaire, une vacuolisation du protoplasma et une liquéfaction progressive de la chromatine et du noyau. Les animaux traités ont véritablement et strictement le foie intact. Si l'on veut bien se rappeler que le benzène entre probablement pour une part dans la genèse de certains ictères et de certaines hépatites aiguës, qu'il provoque peut-être même certaines hépatites chroniques graisseuses, fibreuses ou pigmentaires (Humperdinck, Loeper, Perrault, Cottet [5]) on voit quel intérêt primordial présente la thérapeutique soufrée dans l'intoxication benzénique [6].

Le benzène semble donc bloqué en quelque sorte dans l'organisme par l'hyposulfite de soude et ce blocage ne peut résulter que d'une sulfo-conjugaison bien plus encore que de la glycurono-conjugaison.

***

C'est également dans le foie que se fait la conjugaison des phénols venus de l'intestin et aussi de la *tyramine*, cette phényl-amine dont on reconnaît assez unanimement l'action hypertensive.

J'ai à peine besoin de rappeler les recherches de Volhardt, de Franke et Hulse, de Bohn et Adler, les miennes même sur la tyraminémie des néphrétiques et des hypertendus, aussi celles de Decker, de Houssay et de Taquini, de nous-même avec Cottet sur l'accroissement de la tyramine dans le sang après ligature aussi bien des artères rénales que de l'uretère.

L'idée nous est venue avec Lemaire, Cottet, Parrod, Vignalou et J. Loeper [7] de combattre cette tyramine, et par conséquent son effet hypertensif, en injectant aux animaux ou en donnant à l'homme malade de l'hyposulfite de sodium. Expérimentalement l'hypertension fut moindre ou nulle chez les animaux hyposulfités. En clinique l'abaissement de la courbe fut fréquent chez l'homme quand le rein était touché, constant quand il était sain.

Il nous a semblé que l'hyposulfite agissait d'une part en assouplissant les artères dont le potentiel soufré règle l'élasticité, d'autre part et surtout en bloquant la tyramine dans les tissus et probablement dans le foie.

Nous avons vu la moindre activité de la tyramine par l'artère mésentérique que par la voie veineuse

4. M. LOEPER et J. COTTET : *C. R. de la Société de Biologie,* 1941 et séance plénière de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris. Rapports Perrault et Cottet.
5. M. LOEPER : Benzol et foie. *Progrès médical,* 18 Octobre 1941.
6. M. PERRAULT et J. COTTET : Séance plénière de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Novembre 1941.
7. Société de Biologie, séance du 9 Juillet 1938 et *Bull. et Mem. de la Société médicale des Hôp. de Paris,* 2 Juin 1939.

générale et l'élimination par la bile chez le chien d'une combinaison soufrée de la tyramine, ce qui prouve à la fois le rôle du foie dans ce blocage et la nature du produit sulfo-conjugué qu'il réalise.

Alors nous avons préparé un acide tyramine-sulfurique dans lequel le groupe SO^3H est fixé sur l'oxygène phénolique. Ce corps à dose même très élevée ne produit chez l'animal auquel on l'injecte ni l'hypertension, ni la tachycardie, ni la mydriase que produit la tyramine [8].

Tel est le deuxième exemple que nous pouvons fournir de l'action détoxicante par le soufre. Ce résultat est intéressant pour la thérapeutique courante comme l'exemple du benzène était intéressant pour la thérapeutique industrielle.

L'action détoxicante semble être invoquée également dans les tentatives de traitement du choc histaminique par la méthode des injections veineuses alcalines et hyposulfitées de Binet. Elle pourrait être étendue à d'autres substances aminées, au nombre desquelles on peut compter peut-être la tryptamine ?

L'action détoxicante est évidemment le fait de l'hyposulfite de sodium mais n'est pas directement provoquée par lui. L'hyposulfite peut mettre sans doute en liberté dans le foie son élément soufré labile qui se fixe sur la tyramine.

Il est possible aussi que la genèse par l'hyposulfite d'une proportion assez considérable de glutathion aide à la défense de l'organisme contre le poison.

Le cobaye résiste en effet au venin de cobra quand on lui donne du glutathion ; le vairon ne meurt pas avec le venin de cobra glutathionisé, alors qu'il meurt avec le venin pur (Binet).

L'importance du foie est donc capitale et l'on comprend que dans les hépatites et même dans l'ictère grave l'hyposulfite de sodium ait pu donner des résultats.

*
* *

Il n'y a donc pas à discuter l'action détoxicante du soufre et l'atténuation par le soufre des effets pathologiques ou physiologiques produits par des substances comme le benzol, les phénols et même la tyramine ne peut faire l'ombre d'un doute.

L'idée vient donc de souder du soufre aux divers agents thérapeutiques que leur toxicité interdit d'administrer à dose élevée ou qui, même à dose faible, sont mal supportés par certains sujets ou produisent chez eux des accidents. Reste à savoir si le soufre, en atténuant la toxicité, en amputant même le corps d'une seule de ses actions toxiques, ne diminue pas aussi son activité thérapeutique ?

Presque tous les produits chimiques ont été préparés sous la forme soufrée. Nous ajouterons à cette liste quelques recherches nouvelles et quelques nouveaux essais, d'abord avec *l'oxyquinoléine*, ensuite avec *l'acide salicylique*.

L'oxyquinoléine [9] est peu utilisée en thérapeutique, mais il nous a semblé qu'elle pouvait l'être dans le cancer et les affections du thyroïde. Ses effets physiologiques sont bien connus, mais elle est toxique. Elle est très hypotensive et mortelle à certaines doses ; elle ne l'est plus sous la nouvelle forme oxyquinoléine-sulfurique que nous avons préparée et devient complètement inoffensive. On peut donc espérer donner l'oxyquinoléine à haute dose et la donner sans accident. Et cela nous conduit à l'atophan dont nous espérons pouvoir atténuer l'action irritante sur le foie et peut-être aussi à d'autres corps voisins que leur toxicité empêche d'utiliser.

Le salicylate de soude est un des corps les plus employés en thérapeutique. Or il a une action vagale, vertigineuse, hypotensive, bradycardisante qui le rend intolérable à certains sujets. M. Parrod a préparé, en traitant l'acide salicylique par l'acide chlorosulfonique en milieu pyridique, un salicylsulfate de sodium dont nous avons avec Cottet comparé les effets à ceux du salicylate de sodium [10].

Ce corps est différent de l'acide sulfo-salicylique et de l'acide thiosalicylique par la position même du soufre. Il a perdu son action vagale, son action cardiaque et il est moins toxique ; il ne tue plus l'animal aux doses où le tue le salicylate. Chez l'homme même il est mieux supporté et ne donne ni vertiges, ni bourdonnements, ni extra-systoles.

Et il reste très actif sur les douleurs, les névralgies, sur les arthropathies. Mais son activité est un peu moindre (20 pour 100 environ), de même que celle du camphre et du dinitrophénol cités plus haut. Il faut 6 *g.* de salicylsulfate de soude au lieu de 5 pour agir de façon sensiblement identique sur un rhumatisme articulaire aigu.

*
* *

L'adjonction du soufre à certaines substances toxiques, comme à certaines substances thérapeutiques, est donc un fait assez général et qui souffre peu d'exceptions. L'atténuation de la valeur thérapeutique va quelquefois de pair avec l'atténuation de la toxicité, mais non toujours et jamais pour la totalité des effets. La détoxication par le soufre est un principe fécond et une méthode de grand avenir.

8. M. Loeper et J. Parrod : L'acide tyramine sulfurique. *Bull. de la Société de Chimie biologique*, 21 Juin 1938.
9. Il s'agit de l'orthooxyquinoléine ou oxyquinoléine-8.
10. M. Loeper, J. Cottet et J. Parrod : *C. R. Soc. Biol.*, séance du 28 Juin 1941.

LE ROLE DE LA SYMPATHINE ET DE L'ACÉTYLCHOLINE DANS L'ACTION DE LA DIGITALE ET DE LA STROPHANTINE

Par le Prof. **D. DANIELOPOLU**
(Bucarest)

Nous avons décrit le *phénomène de l'amphomimétisme*. Voici, en résumé, en quoi il consiste.

Tout facteur (excitateur ou inhibiteur) produit une *réponse cellulaire* (phénomène d'excitation ou d'inhibition) qui déclenche une *riposte cellulaire compensatrice*, phénomène de sens opposé (inhibiteur ou excitateur).

Un facteur excitateur appliqué sur la cellule de l'organe terminal produit un phénomène d'excitation (*réponse cellulaire*), lequel déclenche la production d'un phénomène d'inhibition (*riposte cellulaire compensatrice*) qui tend à rétablir l'équilibre et qui se produit grâce à l'élibération du médiateur chimique, qui sur cet organe est inhibiteur. Un facteur inhibiteur appliqué sur la cellule de l'organe terminal produit un phénomène d'inhibition (*réponse cellulaire*), lequel déclenche la production d'un phénomène d'exication (*riposte cellulaire compensatrice*) qui tend à rétablir l'équilibre et qui se produit grâce à l'élibération du médiateur chimique, qui sur cet organe est excitateur. Réponse et riposte ensemble forment *le phénomène de l'amphomimétisme*.

Il faut distinguer l'amphomimétisme des facteurs naturels de l'amphomimétisme des facteurs étrangers.

Tout facteur sympathomimétique naturel provoque une réponse sympathomimétique, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice parasympathomimétique, qui se produit par libération d'acétylcholine. Tout facteur parasympathomimétique naturel provoque une réponse parasympathomimétique, qui se produit par libération d'acétylcholine. Tout facteur parasympathomimétique naturel provoque une réponse parasympathomimétique, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice sympathomimétique, qui se produit par libération de sympathine.

Si la réponse et la riposte sont égales l'effet est nul. Mais il n'y a jamais d'égalité entre la réponse et la riposte. Il y a toujours une prédominance de la réponse ou de la riposte et l'effet est le résultat de cette prédominance.

Nous donnerons plus bas quelques exemples d'amphomimétisme des facteurs naturels.

L'*adrénaline* n'est pas comme on le croit sympathomimétique, mais amphomimétique. Par son action directe elle provoque une réponse cellulaire sympathomimétique qui déclenche une riposte cellulaire compensatrice parasympathomimétique qui se produit par libération d'acétylcholine. Les petites doses d'adrénaline sont amphomimétiques à prédominance parasympathique (amph. P) et les grandes doses sont amphomimétiques à prédominance sympathique (amph. S). Théorétiquement, entre les petites doses et les grandes doses il doit exister une dose intermédiaire, dont l'action sympathomimétique est égale à l'action parasympathomimétique et que nous appelons dose *isomimétique*.

L'*acétylcholine* a une action directe parasympathomimétique qui provoque la réponse cellulaire, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice sympathomimétique qui se produit par libération de sympathine.

A toute dose l'acétylcholine est amphomimétique à prédominance parasympathique (amph. P).

L'ion *calcium* a une action sympathomimétique qui provoque la réponse cellulaire, laquelle déclenche une riposte cellulaire parasympathomimétique qui se produit très probablement par libération non pas de l'ion potassium, mais d'acétylcholine. Les petites doses sont amphomimétiques à prédominance parasympathique (amph. P) et les grandes doses sont amphomimétiques à prédominance sympathique (amph. S).

Le *sympathique* a une action directe sympathomimétique qui provoque la réponse cellulaire, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice parasympathomimétique. Dans l'état de tonus normal le sympathique a une action amphomimétique à prédominance sympathique (amph. S).

Le *parasympathique* a une action parasympathomimétique qui provoque la réponse cellulaire, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice, qui se produit par libération de sympathine. Normalement le parasympathique a une action amphomimétique à prédominance parasympathique (amph. P).

De cette action réciproque il résulte ce que nous avons appelé *le mécanisme inter-sympatho-parasympathique de l'organe terminal.*

Tel est l'amphomimétisme des facteurs naturels (adrénaline, sympathine, acétylcholine, influx sympathique et influx parasympathique). Il est très probable que l'ion potassium est aussi amphomimétique.

Tous ces facteurs naturels agissent par conséquent par leur action directe en provoquant une réponse cellulaire, laquelle déclenche une riposte cellulaire compensatrice. La riposte est la conséquence de la réponse. Il s'agit de ce que nous avons appelé *amphomimétisme subséquent*. Certaines substances étrangères ont aussi une action amphomimétique due à la libération tant de sympathine que d'acétylcholine. Ces médiateurs sont libérés en même temps. Il s'agit par conséquent d'un *amphomimétisme simultané*.

Nous avons émis dernièrement une nouvelle conception sur l'action des substances étrangères. Toute substance étrangère introduite dans l'organisme possède : *une action non spécifique*, qui se fait par une modification produite dans l'action de la sympathine et de l'acétylcholine (et sans doute aussi des ions) et une *action spécifique*, différente suivant la substance employée.

L'ésérine, l'atropine, la pilocarpine, la muscarine, les médicaments digitaliques (digitale, strophantine), certaines substances colloïdales, le sérum sanguin d'une autre espèce et beaucoup d'autres substances agissent par une modification dans le cycle d'évolution de la sympathine et de l'acétylcholine.

Nous nous occuperons seulement ici des médicaments digitaliques (digitale, strophantine).

O. Loewi, Singer, Danielopolu, Draganescu et Copaceanu ont démontré que les médicaments digitaliques agissent en étroite relation avec l'ion Ca. O. Loewi a émis l'hypothèse que la digitale ne fait que sensibiliser le cœur pour l'ion Ca, qui est le véritable cardiotonique. Sans nier le rôle de l'ion Ca, nous soutenons une autre conception.

Les médicaments digitaliques agissent d'une manière inverse à petite et à grande dose et, pour chaque dose, d'une manière inverse sur la fibre myocardique adulte et sur la fibre embryonnaire (nœud sino-auriculaire, faisceau de His, réseau de Purkinje).

Nous savons qu'à certaine dose les médicaments digitaliques augmentent l'excitabilité, la tonicité et la contractilité et diminuent l'automaticité et la contractilité. Voici comment nous expliquons cette action inverse tellement curieuse.

Actuellement l'on affirme que ces médicaments agissent directement sur la fibre myocardique. Suivant notre conception l'action des médicaments digitaliques se fait par l'intermédiaire des médiateurs chimiques. L'excitabilité, la tonicité et la contractilité dépendent de la cellule myocardique adulte; l'automaticité et la conductibilité, de la cellule myocardique embryonnaire.

A grande dose les médicaments digitaliques libèrent dans la cellule adulte du myocarde plus de sympathine que d'acétylcholine et dans la cellule

embryonnaire plus d'acétylcholine que de sympathine. Nous trouvons la même action sur la fibre lisse des vaisseaux, qui est aussi une cellule adulte. C'est de cette manière que s'explique l'action bathmotrope, tonotrope et inotrope positive sur le myocarde (fibre adulte), l'action constrictrice sur les vaisseaux de la circulation générale et l'action chronotrope et dromotrope négative sur le myocarde (fibre embryonnaire).

A très petite dose les médicaments digitaliques libèrent plus d'acétylcholine que de sympathine dans la fibre myocardique adulte et plus de sympathine que d'acétylcholine dans la fibre embryonnaire. Sur la fibre lisse des vaisseaux ces médicaments agissent comme sur la fibre myocardique adulte. A petite dose ces médicaments ont une action bathmotrope, tonotrope et inotrope négative et chronotrope et dromotrope positive et une action dilatatrice sur les vaisseaux de la circulation générale.

Nous avons par conséquent à considérer deux actions inverses, *l'action inverse des grandes et des petites doses* et *pour chaque dose l'action inverse sur la fibre adulte myocardique ou vasculaire et sur la fibre embryonnaire.*

Les médicaments digitaliques ont par conséquent une action amphomimétique. Mais nous avons distingué deux formes d'amphomimétisme, l'*amphomimétisme subséquent* et l'*amphomimétisme simultané.* L'action des facteurs naturels (sympathine, acétylcholine) entre dans ce que nous avons appelé *amphomimétisme subséquent.*

Pour la digitale et la strophantine et pour d'autres substances étrangères il s'agit d'un *amphomimétisme simultané.* Leur action amphomimétique se produit par libération simultanée de sympathine et d'acétylcholine.

On peut apporter à notre conception l'objection suivante : la sympathine et l'acétylcholine ont une action très fugace, alors que l'action de la digitale et de la strophantine, et surtout de la digitale, est beaucoup plus durable. Nous expliquons le phénomène de la manière suivante : les médicaments digitaliques sont fixés dans le myocarde et par la fibre adulte et restent sur place, *agissant et élibérant d'une manière permanente* la sympathine et l'acétylcholine.

Les schémas des figures 1, 2 et 3 représentent l'action des petites et des grandes doses de digitale, les deux premières sur la fibre adulte (cardiaque ou vasculaire), la troisième sur la fibre embryonnaire (cardiaque).

L'action de ces médicaments sur la fibre myocardique adulte (fig. 1) est représentée par deux lignes

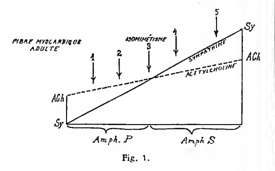


Fig. 1.

ascendantes, l'une qui commence plus bas et monte plus vite et qui représente la ligne sympathinique et l'autre qui commence plus haut et monte plus lentement et qui représente la ligne acétylcholinique. Elles s'entre-croisent *au point isomimétique* qui correspond à la dose qui déclenche la libération d'une quantité égale d'acétylcholine et de sympathine.

Les médicaments digitaliques libèrent d'autant plus de sympathine et d'acétylcholine qu'ils sont employés à dose plus grande. Mais l'effet obtenu dépend de la prédominance. Les doses qui se trouvent à gauche du point isomimétique sont amphomimétiques à prédominance parasympathique (amph. P), car elles libèrent plus d'acétylcholine que de sympathine. Elles ont une action bathmo-tono-inotrope négative. Celles qui se trouvent à droite du point isomimétique sont amphomimétiques à prédominance sympathique (amph. S), car elles libèrent plus de sympathine que d'acétylcholine. Elles ont une action bathmo-tono-inotrope positive.

Lorsque les propriétés fondamentales du myocarde adulte diminuent le point isomimétique se déplace vers la droite, lorsqu'elles augmentent ce point se déplace à gauche.

L'action des doses voisines de la dose isomimétique est très instructive. Une dose légèrement amph. S sur le myocarde normal est amph. P lorsque les propriétés myocardiques sont diminuées ; une dose légèrement amph. P sur le myocarde normal est amph. S lorsque les propriétés myocardiques sont augmentées.

La figure 2 représente l'action sur les vaisseaux de la circulation générale. La fibre lisse vasculaire est une fibre adulte et réagit aux médicaments digitaliques comme la fibre adulte myocardique. Les doses situées à gauche sont amph. P (vasodilatatrices),

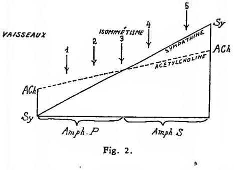


Fig. 2.

les doses situées à droite sont amph. S (vasoconstrictrices). Lorsque le tonus vasculaire diminue le point isomimétique se déplace vers la droite et lorsque le tonus vasculaire augmente le point isomimétique se déplace vers la gauche.

Une dose légèrement amph. S sur les vaisseaux normaux est amph. P sur des vaisseaux hypotoniques et une dose légèrement amph. P sur les vaisseaux normaux est amph. S sur des vaisseaux hypertoniques.

La figure 3 représente l'action des médicaments digitaliques sur la fibre myocardique embryonnaire (nœud sino-auriculaire, faisceau de His, réseau de Purkinje). L'action des médicaments digitaliques

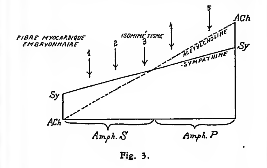


Fig. 3.

sur la fibre embryonnaire est inverse à l'action sur la fibre adulte myocardique et vasculaire. Les petites doses sont amph. S (elle libèrent plus de sympathine que d'acétylcholine) et les grandes doses sont amph. P. (elles libèrent plus d'acétylcholine que de sympathine). Les deux lignes s'entre-croisent au point isomimétique.

Nous résumerons plus bas les preuves et les arguments sur lesquels nous basons notre conception.

A. Fibre adulte myocardique et vasculaire. — 1° Les petites doses de digitale et de strophantine sont vasodilatatrices et les grandes doses sont vasoconstrictrices (vaisseaux de la circulation générale). Après l'atropine, qui empêche l'action de l'acétylcholine, une dose vasodilatatrice devient vasoconstrictrice et une dose vasoconstrictrice augmente son action. Après l'ésérine qui favorise l'action de l'acétylcholine, l'action vasodilatatrice des petites doses augmente, l'action vasoconstrictrice des grandes doses diminue.

2° Les petites doses diminuent et les grandes doses augmentent la tonicité et la contractilité du cœur. Après l'atropine les petites doses deviennent d'inhibitrices excitatrices et les grandes doses ont une action excitatrice plus intense. Après l'ésérine, l'action inhibitrice des petites doses augmente et l'action excitatrice des grandes doses diminue.

3° Les petites doses accélèrent et les grandes doses ralentissent le rythme cardiaque. Après l'atropine l'action accélératrice des petites doses augmente et l'action ralentissante des grandes doses diminue ou disparaît (selon la dose employée). Après l'ésérine l'action accélératrice des petites doses diminue et l'action ralentissante des grandes doses augmente.

4° Les petites doses augmentent et les grandes doses diminuent la conductibilité cardiaque. Après l'atropine l'action des petites doses augmente et l'action inhibitrice des grandes doses diminue.

5° Si nous travaillons avec des doses voisines de la dose isomimétique nous obtenons les phénomènes suivants. Si nous facilitons l'intervention de l'acétylcholine une dose amph. S devient amph P. Si par contre nous empêchons par l'atropine l'intervention de l'acétylcholine une dose amph. P devient amph. S.

Toutes ces recherches expérimentales et cliniques concordent avec cette manière de voir. Ces données ont un énorme intérêt pratique. L'action de la digitale et de la strophantine chez les cardiaques est variable, suivant l'état du myocarde et des vaisseaux. Si nous ne tenons pas compte de l'état des organes et des médiateurs chimiques, nous ne pouvons jamais rien comprendre dans l'action des médicaments digitaliques, ni administrer convenablement ces médicaments à nos malades.

Dans une autre publication nous avons démontré que la mort subite par la strophantine est due à une libération d'une grande quantité d'acétylcholine dans le myocarde et que nous pouvons empêcher cet accident par une injection intra-veineuse préalable de 1/2-3/4 mg. d'atropine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PRÉMUNITION ANTITUBERCULEUSE PAR LE BCG EN SCARIFICATIONS CUTANÉES

PAR MM.

A. COURCOUX, Pierre BOULENGER et Antoine-Camille MACLOUF

(Paris)

Il est généralement admis que l'obtention de la sensibilité cutanée à la tuberculine permet d'affirmer « le succès » de la prémunition antituberculeuse par le BCG. Aussi le rendement d'une méthode se juge-t-il avant tout par le pourcentage des sujets devenus allergiques. C'est pour n'avoir pas satisfait à ce critère d'efficacité que la voie orale a été finalement délaissée au profit de la voie parentérale. Mais si la voie sous-cutanée (Weill-Hallé) ou intradermique (Wallgren) permet d'obtenir une importante proportion de « réagissants », c'est au prix de quelques complications peu graves, mais toujours désagréables : abcès traînants, hypertrophie et même suppuration ganglionnaire.

La nouvelle technique de prémunition (piqûres cutanées multiples) préconisée récemment par Sol Roy Rosenthal (de Chicago) et perfectionnée par L. Nègre et J. Bretey (scarifications cutanées) semble devoir réunir tous les suffrages par l'absence constante de réactions locales et par sa réalisation facile. Son degré d'efficacité, par contre, est encore en discussion. Et certains auteurs se demandent si les avantages de la méthode ne sont pas en réalité largement contre-balancés par l'inconstante production de l'allergie, car c'est bien en définitive sur ce point que se ramène tout le débat. Les variations sont en effet trop considérables d'une statistique à l'autre (Rosenthal, Weill-Hallé et Mlle Lagroua, Scheel, H. Foley et L. Parot, E. Montestruc, Troisier et Nico, Chabaud). Ces résultats discordants finissent par laisser planer une impression d'insécurité et d'imprécision sur les avantages réels de la nouvelle méthode de Rosenthal-Nègre-Bretey. Aussi avons-nous pensé qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de publier nos propres résultats.

Notre enquête a porté sur un total de 89 sujets [1].

L'absence de toute sensibilité dermique à la tuberculine a été contrôlée à maintes reprises. Qu'il nous suffise de rappeler que tous ces sujets se sont montrés « insensibles » après une série respectable d'épreuves : double cuti-réaction avec de la tuberculine brute, Mantoux à 1 cg., 2e Mantoux à 1 cg., et souvent même 3e Mantoux à 1 cg.

Le BCG S. P. (20 mg. par centimètre cube utilisé) provenait toujours du vaccin mis en ampoules la veille ou l'avant-veille à l'Institut Pasteur de Paris. Il est en effet admis que la richesse de ces vaccins en bacilles vivants diminue d'autant plus que le séjour en tubes scellés est plus prolongé. C'est pourquoi nous avons préféré éviter l'utilisation des ampoules conservées, même depuis quelques jours seulement, bien que la notice fixe à quinze jours leur validité.

Notre manière de procéder fut la suivante : nos jeunes filles âgées pour la plupart de 14 à 21 ans étaient assises. Après nettoyage à l'éther de la peau de la face antérieure de la cuisse le BCG était déposé en plusieurs endroits. Au travers de chaque petite nappe liquidienne, nous faisions rapidement le nombre de scarifications désirées. En règle générale nos scarifications, sans être profondes, étaient franches. Il est préférable de voir sourdre quelques gouttes de sang au niveau de chaque trait de scarification. Nous laissions sécher à l'air libre. Pratiquement nos jeunes filles restaient dans l'immobilité absolue, sur leur chaise, pendant une demi-heure.

Résultats. — Nos sujets ont été tous éprouvés par l'I. D. R. à 1 cg. neuf jours après la prémunition, ce qui nous a permis une étude du phénomène de Baldwin-Gardner-Willis [2]. Ajoutons que pour juger le résultat définitif de la vaccination l'I. D. R. à 1 cg. a été de nouveau pratiquée : chez les uns à 2 reprises, le trente-septième et le soixante-septième jour après les scarifications, chez les autres soit le trente-neuvième jour, soit le quarante-deuxième jour après l'introduction du BCG dans l'organisme. Ces délais ont été fixés arbitrairement et tiennent aux circonstances matérielles. Nos observations sont consignées dans le tableau ci-dessous :

Au total, 89 sujets ont été prémunis par le BCG. Sur ce nombre, 68 ont été suivis et éprouvés de cinq à dix semaines après la vaccination. On a

Il s'impose que le nombre des scarifications est un facteur qu'on ne saurait négliger.

D'ailleurs, du point de vue expérimental, Nègre et Bretey ont bien insisté sur cette notion.

La multiplication des portes d'entrée influe certes sur l'allergie consécutive, mais le plus curieux est peut-être de préciser leur rôle par rapport à la durée de la période anté-allergique.

Boquet et Bretey, dans un minutieux mémoire devenu classique, ont consigné les résultats qu'ils avaient obtenus sur des cobayes choisis *parmi les plus sensibles.* Leurs intéressants tableaux mettent en évidence les faits suivants :

L'injection sous-cutanée de 10 mg. de bacilles virulents (souche Vallée) donne des réactions — le troisième jour, faiblement + le cinquième jour. L'injection sous-cutanée de 10 mg. de bacilles faiblement pathogènes (souche R. I. de Trudeau) donne des résultats — le quatrième jour, + le huitième jour. L'injection sous-cutanée de 10 mg. de BCG donne des résultats — le cinquième jour, faiblement + le huitième jour. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1934, 252.)

Or, Nègre et Bretey nous apprennent que les cobayes vaccinés par « le BCG par scarifications cutanées » peuvent réagir nettement à la tuberculine dès le quatrième ou le cinquième jour !

De cette confrontation il résulte que le BCG introduit dans l'organisme du cobaye par scarifications cutanées est capable de provoquer l'apparition des réactions positives à la tuberculine aussi précocement que l'injection sous-cutanée de 10 *mg. de bacilles virulents (souche Vallée) et plus précocement que l'injection sous-cutanée, soit de* 10 *mg. de la souche Trudeau R. I. soit de* 10 *mg. de BCG.*

Certes, la comparaison ne peut être absolue, car la méthode des scarifications nous laisse dans l'imprécision au sujet de la dose de bacilles ayant effectivement pénétré dans l'organisme. Mais, à défaut de chiffres rigoureux, nous pouvons obtenir une approximation non dénuée de toute valeur. La lecture du compte rendu des expériences de Nègre et Bretey nous apprend, en effet, que chaque cobaye a été vacciné en pratiquant « 6 traits de scarifications de 1 *cm.* de longueur faits à travers III gouttes de la suspension de BCG contenant 5 mg. de ces germes par centimètre cube ». Nous pouvons en déduire que la dose de BCG introduite par scarifications était de *beaucoup inférieure* à 5 mg. puisque III gouttes seulement de l'ampoule de 1 *cm*³ furent déposées sur la peau.

L'importance de ces faits ne saurait être méconnue.

LONGUEUR TOTALE DES SCARIFICATIONS (en centimètres)	NOMBRE DE SUJETS	RÉSULTATS DES INTRA-DERMO-RÉACTIONS A 1 *cg.* PRATIQUÉES APRÈS LE BCG																			
		9e jour				37e jour				39e jour				42e jour				67e jour			
		+	±	—	Absents	+	±	—	Absents	+	±	—	Absents	+	±	—	Absents	+	±	—	Absents
3 à 7	28	0	1	25	2	13	6	7	2	»	»	»	»	»	»	»	»	21	2	0	5
12 à 24	38	0	1	34	3	22	4	5	7	»	»	»	»	»	»	»	»	28	0	0	10
12 à 14	11	0	0	11	0	»	»	»	»	10	0	0	1	»	»	»	»	»	»	»	»
6	12	0	1	10	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	0	1	5	»	»	»	»

obtenu les résultats suivants avec l'I. D. R. à 1 cg. : 65 réponses positives, soit dans 95,5 pour 100 des cas ; 2 réponses douteuses, soit dans 3 pour 100 des cas ; 1 réponse négative, soit dans 1,5 pour 100 des cas.

Les résultats obtenus et les observations faites au cours de ces vaccinations méritent quelques commentaires.

I. Signification des réactions douteuses. — L'I. D. R. effectuée au trente-septième jour a montré : 35 réactions +, 10 réactions douteuses et 12 réactions —. Le nombre des douteux est presque égal au nombre des négatifs. Or, un tel pourcentage ne se retrouve pas lorsqu'on pratique des I. D. R. chez des sujets non vaccinés. Ne peut-on en déduire que dans la majorité des cas, la réaction douteuse correspond ici, non pas à une réaction non spécifique due au bouillon glycériné et par conséquent dénuée de toute valeur, mais bien au *début de l'allergie.*

II. La longueur des scarifications. — L'ensemble de nos résultats semble montrer que la longueur, ou ce qui revient au même, le nombre des scarifications, n'est pas indifférent et intervient pour une bonne part dans la rapidité de la production de l'allergie. Cette tendance se dégage assez nettement de nos résultats.

Au trente-septième jour, parmi les sujets ayant reçu des scarifications de 3 à 7 *cm.*, on note sur 26 jeunes filles éprouvées : 13 réactions + (soit dans 50 pour 100 des cas) ; 6 réactions ± (soit dans 23 pour 100 des cas) ; 7 réactions — (soit dans 27 pour 100 des cas).

Parmi les sujets ayant reçu des scarifications de 12 à 24 *cm.*, on relève au même moment sur 31 jeunes filles éprouvées : 22 réactions + (soit dans 71 pour 100 des cas) ; 4 réactions ± (soit dans 13 pour 100 des cas) ; 5 réactions — (soit dans 16 pour 100).

Ils montrent que le nombre de bacilles est moins important dans la production de l'allergie que le nombre de portes d'entrée.

Certains auteurs avaient bien noté autrefois qu'une même dose de bacilles introduite par plusieurs portes d'entrée allergise plus rapidement que la même dose introduite en un point unique, mais jamais ce fait n'avait été mis en lumière avec une telle évidence et une telle clarté.

Nous pensions jusqu'ici que les deux *facteurs principaux* [3] pouvant faire varier la durée de la période anté-allergique étaient le nombre et la virulence. Le rôle des portes d'entrée était relégué au dernier plan. On voit aujourd'hui que ces données méritent la plus sérieuse révision [4].

Ces considérations ont également un grand intérêt si on les applique à la tuberculose humaine. La quatrième loi de Bernard et Debré d'après laquelle « chez le nourrisson comme chez le cobaye la gravité de la tuberculose est inversement proportionnelle à la durée de la période anté-allergique, elle-même d'autant plus longue que la dose infectante est plus faible », mériterait peut-être d'être étudiée en fonction de ce nouveau facteur.

III. Intensité des réactions. — Sur 20 jeunes filles, lors de l'épreuve au soixante-septième jour, nous avons fait simultanément et sur le même bras une I. D. R. à 1 *cg.* et une cuti-réaction avec de la tuberculine brute.

Chez 11 jeunes filles l'épreuve du Pirquet pratiquée à ce moment a montré l'aspect suivant : érythème net de 2 m*m.* de diamètre total, infiltration discutable. Ces mêmes sujets, après I.D.R. à 1 cg., ont montré : 5 réactions avec infiltration nettement palpable de 1 *cm.* de diamètre ; 6 réactions avec infiltration nettement palpable de 1 *cm.* 5 de diamètre.

Chez 5 jeunes filles le Pirquet a montré une réponse nettement positive : indurations ayant respectivement 3 m*m.*, 3 m*m.*, 2 m*m.*, 2 m*m.*, 4 m*m.* Ces mêmes sujets, après I.D.R. à 1 cg., ont montré : 2 réactions avec infiltration de 2 *cm.* de diamètre, 3 réactions avec infiltration de 2 *cm.* 2.

Chez 4 jeunes filles le Pirquet s'est révélé négatif. Ces mêmes sujets, après I.D.R. à 1 cg., ont montré 2 réactions avec induration de 1 *cm.* 5 ; 2 réactions érythémateuses de 2 *cm.* 5 et 2 *cm.*

Ces faits peuvent expliquer dans une certaine mesure les résultats discordants que l'on relève d'une statistique à l'autre. Il faut résolument rejeter l'emploi du Pirquet isolé dans la recherche de l'allergie. L'I. D. R. à 1 *cg.* donne dans presque tous les cas une réponse catégorique. L'induration nettement palpable réduit, voire même supprime, tous les cas signalés par Weill-Hallé et Mlle Lagroua, où la même réaction est étiquetée positive ou négative selon l'observateur.

En bref, il est non seulement logique, mais nécessaire d'utiliser pour la recherche de l'allergie cutanée consécutive au BCG une dose forte de tuberculine introduite par voie intradermique. De la sorte, d'une part les réponses sont amplifiées et risquent moins de prêter à discussion, et de l'autre, la réaction positive peut être obtenue plus précocement.

IV. Fréquence des revaccinations. — Quelle est la durée de l'allergie obtenue par le BCG en scarifications cutanées ?

Les essais cliniques sont trop récents et les statistiques sont encore muettes sur ce chapitre. En revanche, des données précises ont été fournies par l'expérimentation.

Dès 1939, Rosenthal était en mesure d'avancer que les cobayes réagissaient encore à la tuberculine trois années après les piqûres cutanées multiples. Nous ignorons les résultats plus récents de cet auteur. Tout récemment Nègre et Bretey ont fait part de leurs résultats éloignés. Leur conclusion est identique aux précédentes : au bout d'un délai de trois années les cobayes sont encore sensibles à la tuberculine.

C'est un fait remarquable sur lequel on ne saurait trop insister si l'on songe que l'injection intradermique, sous-cutanée ou intra-péritonéale de 1 *mg.* de BCG, est suivie chez le cobaye d'une négativation survenant vers le septième ou huitième mois, rarement après la première année (Boquet et Bretey).

Ainsi donc avec une dose de bacilles certainement très petite et bien inférieure au milligramme nous pouvons obtenir une allergie plus persistante que par l'emploi de doses plus fortes. *La persistance de l'allergie dépendrait moins de la dose que du nombre de portes d'entrée.*

Si de tels résultats se retrouvaient dans l'espèce humaine cela nous permettrait de diminuer la fréquence des revaccinations, tout en laissant une grande marge de sécurité.

Nous devons néanmoins signaler une différence notable qui sépare la clinique de l'expérimentation. Nègre et Bretey nous disent que leurs cobayes ont reçu 6 scarifications de 1 *cm.* chacune (et même dans certaines expériences 30 scarifications de 1 *cm.* chacune). Une remarque se présente d'emblée à l'esprit : les brillants résultats expérimentaux sont-ils en rapport avec l'équation : longueur des scarifications et poids de l'animal ? En d'autres termes, si pour le cobaye dont le poids moyen est de 350 *g.* il faut 6 *cm.* de scarification, sur quelle étendue doit-on scarifier un homme de 60 *kg.* pour obtenir les mêmes résultats ? Telle est la question. L'avenir seul permettra d'y répondre. D'autre part, n'oublions pas que l'on ne peut extrapoler sans réserves multiples du cobaye à l'homme.

(Travail de l'Institut National d'hygiène.)

1. Abstraction est faite de 3 sujets dont le Mantoux à 1 cg. était déjà douteux avant le BCG. Au neuvième jour après la prémunition l'I. D. R. à 1 cg. a montré chez deux d'entre eux un érythème plus étendu et, dans un cas, une réponse fortement positive. Par la suite, les deux premiers réagirent nettement à la tuberculine.

2. A. Courcoux, Pierre Boulenger et Antoine-Camille Maclouf : Le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez l'adolescent et le jeune adulte. *Paris-Médical*, 30 Décembre 1943, n° 52.

3. Parmi les facteurs secondaires qui interviennent figurent : la voie d'introduction, les adjuvants utilisés (genre huile de paraffine), l'état physiologique de l'animal, l'âge, etc...

4. Il va de soi que le nombre de bacilles introduits est d'autant plus grand que le nombre de portes d'entrée est plus élevé. Nous retombons sur une loi du nombre.

Signalons que Rosenthal tend à admettre que l'introduction en une seule fois d'une dose importante de BCG provoque le plus souvent la formation d'un abcès et bloque les voies lymphatiques de drainage. L'individu ne peut donc bénéficier ou subir pleinement l'action des bacilles. Par contre, à la suite de la vaccination par piqûres, il n'y a aucune formation de pus et les voies lymphatiques ne sont pas bloquées.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici, faute de place, que les principales références bibliographiques :

Boquet et Bretey : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1934, **52**, 252. — Debré : *Titres et travaux scientifiques* (*Masson*, édit.), 1928. — Nègre et Bretey : *Vaccination par le BCG par scarifications cutanées* (*Masson*, édit.), 1942. — Nègre et Bretey : *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 1er Juin 1943, 333. — Rosenthal : *American Review of Tuberculosis*, 1939, **39**, 128. — Troisier et Nico : *C. R. Soc. de Biologie*, séance du 26 Juillet 1941, **135**, 1136. — Weill-Hallé et Mlle Lagroua : *La vaccination contre la tuberculose par le BCG* (*Doin*, édit.), 1942.

SUR LES RUPTURES ENDOBRONCHIQUES DES GANGLIONS DU COMPLEXE PRIMAIRE

PAR MM.

A. DUFOURT et P. GALY

(Lyon).

La rupture des ganglions du complexe primaire tuberculeux dans les grosses bronches ou les bronches de première division constitue un accident qui était connu de Laennec, Guersant, Leblond, Becker, Rilliet et Barthez. Mais on discute toujours sur sa fréquence. Celle-ci est très diversement appréciée.

A la fin du siècle dernier, Ebert en réunissait 86 cas. Beaucoup plus près de nous, Koleman sur 180 autopsies à l'hôpital des Enfants-Malades à Londres ne rencontrait que 2 fistules ganglio-bronchiques. Hubschmann considère que les ruptures bronchiques sont fort rares. Mais Ghon, qui est à l'étranger l'auteur qui a étudié le plus minutieusement l'évolution des ganglions au cours de la primo-infection, donne une note inverse et admet qu'il y a rupture endobronchique dans 17 pour 100 des cas, ce qui constitue une proportion très importante. En 1927, dans le livre que nous avons avec M. Pébu consacré à la tuberculose médicale de l'enfance nous avions considéré ces ruptures comme exceptionnellement identifiées aux autopsies. Tout récemment, en 1943, Kutscherenko [1] (de Kiew) a rencontré, parmi 15 autopsies d'enfants tuberculeux de 0 à 5 ans, 5 cas de fistulisation intra-bronchique de ganglions caséeux médiastinaux.

Mais le problème n'est pas uniquement anatomique. Il s'en faut en effet que toutes les ruptures ganglionnaires intra-bronchiques conduisent à la table d'autopsie. Nous avons appris à identifier, sinon avec une absolue certitude, tout au moins avec assez de probabilité, les syndromes qui répondent à ces ruptures ganglionnaires, pour nous montrer quant à l'appréciation de leur fréquence singulièrement plus larges à leur endroit que dans le passé.

C'est bien cette opinion qu'exprimaient justement dans un article récent MM. Julien Marie, Seringe et Umdenstock [2]. Nous sommes entièrement de leur avis lorsqu'ils écrivent qu'à côté des ruptures à manifestations cliniques bruyantes il faut savoir connaître et rechercher celles qui ne témoignent de leur existence que par des incidents frustes et bénins.

L'apparition des ruptures ganglionnaires est tantôt un phénomène précoce, tantôt un phénomène relativement tardif survenant quelquefois au delà de la première année de la contamination. On a à diverses reprises remarqué la présence de calcifications pulmonaires ou ganglionnaires, mais on sait d'autre part que les calcifications sont parfois rapidement constituées et nous rappellerons que Veraguth provoquant des chancres par inhalation put obtenir des calcifications à partir du soixante-sixième jour. Il y a des observations comme celle de Muller où la rupture se produisit en pleine période secondaire, car outre les calcifications du complexe primaire il existait des spina-ventosa et des ganglions cervicaux.

La plupart de ces ruptures tardives sont provoquées par des réactions dépendant de surinfections tuberculeuses ou de processus infectieux quelconques. Nous avons récemment observé une fillette de 3 ans chez laquelle le ganglion qui se rompit fut réactivé par une rougeole. Simon vit une fillette de 6 ans où le même effet dépendit d'une scarlatine. Outre ces deux maladies Velasco incrimine les infections à streptocoques et à staphylocoques.

L'ouverture des ganglions est un peu plus commune à gauche qu'à droite, ce qui tient probablement à la longueur plus grande de la bronche gauche. Cependant certains auteurs, et notamment Arnstein et Loebow, prétendent avoir fait des constatations inverses.

D'après l'étude des observations publiées on peut considérer que les perforations endobronchiques se présentent sous des aspects très différents. C'est sans nul doute cette variété dans l'expression clinique qui a poussé les auteurs à émettre, quant à la fréquence de cet accident, des opinions fort opposées.

Il y a lieu de décrire plusieurs syndromes.

I. Embols bronchiques latents. — L'irruption du pus ganglionnaire dans la bronche se produit lentement par un très mince pertuis. S'il s'agit d'une primo-infection d'adulte, on est averti quelquefois de l'accident par l'intervention d'une toux fréquente, quinteuse, qui aboutit à l'émission inopinée de quelques crachats purulents semés de grumeaux et où l'on trouve facilement des bacilles. Il existe volontiers à ce moment un mouvement fébrile passager. L'expectoration ne dure que quelques jours et disparaît.

Chez l'enfant qui ne crache pas, c'est uniquement la violence des quintes de toux, surgies inopinément qui peut faire discuter la rupture lorsqu'il existe radiologiquement de très gros ganglions. Simon dit avoir vu diminuer de volume des ganglions après une toux quinteuse et prolongée. D'ailleurs Arnstein a trouvé à l'autopsie des ganglions ouverts dans les bronches et entièrement vidés de leur contenu, qui avait dû être complètement rejeté par la toux ou dégluti, car il n'existait pas trace de lésion pulmonaire de dissémination bronchique.

Chez l'enfant qui ne crache pas, le tubage gastrique permet de retrouver dans l'estomac des crachats purulents et des grumeaux richement bacillifères. Ordinairement au bout de quelques jours le tubage devient négatif ou ne ramène plus que de rares parcelles purulentes. Durant tout ce temps l'auscultation demeure négative. Oscar Wiese, Ranke, Simon ont signalé la latence de ces épisodes qui demeurent généralement méconnus.

II. Embols bronchiques manifestés par des accidents aigus et violents. — Ces embols ne passent plus inaperçus. Ce sont eux qui ont été seuls identifiés jadis. Dans la statistique d'Ebert la mort est signalée comme étant survenue 77 fois sur 86 cas au milieu d'un tableau de suffocation et de cyanose.

Ordinairement le médecin connaît la présence d'une adénopathie trachéo-bronchique importante, et il existe souvent des signes de compression plus ou moins évidents. Mais il se peut aussi que le début soit imprévu et subit. La dyspnée devient rapidement très intense, la toux est quinteuse, rauque, parfois bitonale. Des accès de suffocation subintrants s'accompagnent de cyanose, de tirage sus et sous-sternal. On trouve signalés dans un assez grand nombre d'observations des signes bronchiques, tels que sibilances aiguës, râles sous-crépitants et du stridor ou des sifflements rétro-sternaux. Le tableau clinique offre certaines ressemblances avec celui du croup. Aussi les enfants ont été presque constamment conduits dans des services de diphtériques. Là, ils ont été tubés, et devant l'échec réitéré du tubage, trachéotomisés. Bien peu ont survécu à ces interventions. Pareille erreur a été commise dans les observations relatées par Myat, Rizzi, Osorio et Woringer, etc. L'enfant de 5 ans observé par Henrico Dina guérit après avoir expulsé des masses caséeuses par sa canule de trachéotomie.

La terrible soudaineté des accidents n'a pas toujours permis de conduire les enfants dans les hôpitaux. Ils se débattent quelques minutes, se cyanosent et meurent asphyxiés (observations de Velker, Coupland et Parker, Gaudioni, Halipré). Dans un autre cas d'Halipré et dans un cas de Simon la mort fut subite. Comba vit un garçon de 11 ans faire au cours d'accès de suffocation de l'emphysème souscutané du cou et du thorax. Il guérit de cet accident, mais mourut quelque temps plus tard de méningite.

Il y a peu d'auteurs qui semblent avoir utilisé la bronchoscopie au cours de ces accidents aigus. Priesel arriva à enlever des masses caséeuses et guérit son malade. Pann agit de la même façon chez 3 jeunes enfants. D'ailleurs il est de ces accidents dramatiques qui se terminent favorablement par expulsion des produits ganglionnaires qui ont fait irruption dans les bronches. En cas de décès on trouve de façon constante la bifurcation trachéo-bronchique obstruée totalement par un bouchon caséeux.

III. Embols bronchiques avec congestion pulmonaire éphémère. — La dissémination intra-bronchique aboutit parfois à des phénomènes congestifs qui intéressent une région localisée d'un poumon, particulièrement une base. Nous avons suivi l'évolution d'un tel syndrome chez une jeune assistante sociale qui avait été gravement contaminée en donnant des soins à une tuberculeuse particulièrement contagieuse. Elle fit une typhobacillose typique. Peu après survint un point de côté sous le sein gauche, de la toux, de la dyspnée et une fièvre élevée. La toux donna pendant environ une semaine une expectoration purulente épaisse avec des grumeaux contenant d'assez nombreux bacilles. L'auscultation montrait du souffle et des râles crépitants au bas de l'aisselle gauche. Un film indiquait une ombre homogène. Ces phénomènes congestifs durèrent une huitaine de jours et aboutirent à une résolution complète, en même temps que disparaissaient la toux et l'expectoration. Il est bien évident qu'il ne s'est pas agi ici d'autre chose que d'une fluxion parenchymateuse relevant d'une irruption intra-bronchique de produits caséeux ne pouvant provenir que d'un ganglion. Disons à ce propos que les cavernes primaires, outre qu'elles sont visibles radiologiquement, ne donnent jamais naissance à une expectoration aussi abondante, aussi épaisse, et qui survient et disparaît aussi rapidement.

IV. Embols bronchiques aboutissant a une broncho-pneumonie curable. — Il s'agit ici encore d'accident exceptionnel. Nous avons relaté (*Cf.* thèse de Galy, Lyon 1941) l'histoire d'une fillette de 26 mois arrivée à la clinique avec une énorme adénopathie trachéo-bronchique, du stridor, des accès de suffocation très inquiétants et une fièvre entre 40° et 41°. Alors que le syndrome de compression disparaissait peu à peu, on vit se développer à l'écran dans les 2/3 inférieurs du poumon droit quantité de noyaux flous, en même temps que survenaient des signes de broncho-pneumonie. Mais alors qu'on s'attendait à une évolution rapide et fatale, on eut la surprise d'assister à une régression lente mais progressive des phénomènes généraux et locaux. Chaque foyer broncho-pulmonaire donna finalement naissance à un foyer calcifié. L'enfant guérit parfaitement en ayant la plus grande partie de son poumon droit parsemée d'un nombre considérable de calcifications de divers volume.

Cette évolution favorable de broncho-pneumonie localisée provoquée par une vidange ganglionnaire a déjà été signalée par Fleischner et par Velasco. Elle mérite d'être connue.

V. Embols bronchiques aboutissant a une broncho-pneumonie pseudo-lobaire mortelle. — Il est incontestablement bien plus habituel de voir la vidange ganglionnaire aboutir à des lésions définitives, évoluant suivant le mode caséeux et aboutissant à des cavernes. La broncho-pneumonie est plus ou moins massive. Elle donnera des ombres ordinairement pommelées mais qui aussi peuvent avoir l'aspect homogène de la pneumonie caséeuse vraie. Le tableau clinique souvent assez fruste chez le nourrisson s'extériorise avec plus de vigueur chez le grand enfant. On a à une base ou dans la partie moyenne d'un poumon un foyer soufflant, des râles crépitants humides, de la matité. L'évolution est mortelle.

VI. Embols bronchiques aboutissant a des syndromes de broncho-sténose temporaires. — Enfin, mais ceci semble assez rare, les produits ganglionnaires oblitèrent passagèrement une bronche et suscitent soit une atélectasie, soit un syndrome d'emphysème obstructif.

Alexander et Hasselbach, Muller ont attiré l'attention sur l'atélectasie dont l'étendue varie avec l'importance de la bronche obstruée. Il n'est d'ailleurs pas impossible que les lésions soient complexes. Ainsi Rössle a présenté des observations d'atélectasie et de broncho-pneumonie associées. Nous avons

1. Kutscherenko : Sur les abcès des ganglions et les cavernes ganglionnaires dans la tuberculose de l'enfant. *Zeit. für Tuberkulose*, 1943, 201.

2. Julien Marie, Seringe et Umdenstock : Emphysème obstructif du poumon gauche par fistulisation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche souche gauche. *La Presse Médicale*, 11 Décembre 1943.

observé une fillette qui eut primitivement une épituberculose fébrile d'un sommet. A la suite d'une rupture ganglionnaire du même côté, elle constitua une atélectasie totale doublée de foyers congestifs d'aspiration endo-bronchique. L'atélectasie régressa d'abord. Les foyers congestifs disséminés furent plus longs à disparaître.

L'observation récente de Julien Marie, Seringe et Umdenstock constitue une preuve de l'existence du syndrome d'emphysème obstructif par irruption de produits ganglionnaires. Priesel, Keijer et Huisingo en ont signalé d'autres exemples qui restent malgré tout exceptionnels.

Nous terminerons ce court exposé en rappelant que la bronchoscopie peut rendre parfois d'éminents services, soit en aspirant les matières qui obstruent les conduits aériens, soit en découvrant et en précisant la situation et l'importance de l'orifice de fistulisation ganglio-bronchique. Si cet orifice est dans certains cas considérable et revêt l'aspect d'un ulcère térébrant, comme chez le malade de Samson, il peut être minime, à peine visible, voire microscopique, ainsi que l'ont signalé Strukow, Dawidosky, Fleischner, Kutscherenko. Il est probable que la forme clinique du syndrome est pour une part importante conditionnée par l'état anatomique de la perforation.

LES FONCTIONS RÉTINIENNES DANS LE SYNDROME COMMOTIONNEL TARDIF

Par **Roger WEEKERS** [1]
(Liége)

Chez les blessés du crâne souffrant d'un syndrome commotionnel tardif, l'étude de la circulation rétinienne, au moyen de l'ophtalmoscope ou de l'ophtalmodynamomètre, peut, occasionnellement, révéler diverses altérations : flou péripapillaire, hyper ou hypotonie artérielle ou veineuse. Le fait est d'importance car la constatation d'un signe objectif confirme la réalité d'un état qui, pour le reste, est surtout caractérisé par des phénomènes subjectifs (Bailliart [2], Worms [3], Coppez [4]). Par contre, l'absence de tout symptôme ophtalmoscopique ou ophtalmodynamométrique ne permet pas de conclure à la non-existence du syndrome commotionnel tardif. Le diagnostic et, plus encore, l'évaluation de la gravité de l'affection se heurtent à des difficultés d'autant plus grandes que la sincérité de la victime peut parfois être suspectée.

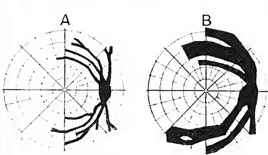
Au cours d'une étude systématique des fonctions rétiniennes dans le syndrome commotionnel tardif, nous avons décelé un symptôme nouveau : l'agrandissement pathologique des angioscotomes [5]. La découverte de ce symptôme a un intérêt pathogénique : elle démontre le bien-fondé de la conception qui attribue un rôle essentiel aux modifications circulatoires (Bremer, Coppez, Hieguet, Martin [6], Van Gehuchten [7]) ; elle a, plus encore, un intérêt pratique, car elle s'avère, dès maintenant, d'une grande utilité pour le diagnostic de l'affection, pour l'appréciation de sa gravité ou de son pronostic, et enfin pour l'étude de son évolution.

I. — Les angioscotomes dans le syndrome commotionnel tardif.

Une technique impeccable et une assez longue expérience en matière de périmétrie sont indispensables pour les recherches angioscotométriques. Nous utilisons, de préférence au stéréocampimètre d'Evans, l'écran de Bjerrum, qui permet de contrôler constamment la direction du regard du sujet. Cet écran doit être parfaitement mat, il est placé à une distance de 1 *m.* et est éclairé de façon diffuse à l'électricité. L'examinateur est vêtu et ganté de noir. Le sujet dont la tête est rigoureusement maintenue dans la même position porte, éventuellement, la correction optique utilisée pour voir au loin augmentée d'une dioptrie s'il est presbyte. Il fixe un point central, blanc mat, de petites dimensions et, pour se reposer, ferme les paupières pendant quelques instants, après chaque mesure d'angioscotome, toutes les quinze à vingt secondes par exemple. Nous n'avons employé, jusqu'ici, que des tests blancs qu'on déplace à la vitesse constante d'un degré par deux secondes, perpendiculairement au grand axe des angioscotomes (Weekers, Humblet [8]).

Dans ces conditions techniques dont l'observation doit être stricte, l'angioscotome physiologique est décelable avec des tests de 1 ou, au maximum, 2 *mm.* de diamètre, tests que nous désignerons dorénavant par les valeurs angulaires 1/1.000 et 2/1.000 puisque la distance de l'écran au sujet est de 1.000 *mm.* La largeur moyenne de l'angioscotome, que celui-ci corresponde à une artère ou à une veine, varie, au voisinage de la papille, de 0,75 à 1,5 degré.

Nos recherches montrent que, chez les blessés du crâne souffrant de syndrome commotionnel tardif, les angioscotomes sont, très fréquemment, plus larges que chez les sujets sains ; pour le surplus, ils sont plus denses, c'est-à-dire qu'ils deviennent décelables avec des tests anormalement grands : 3/1.000, 5/1.000 et même 10/1.000. Nous considérons comme pathologique l'angioscotome qui, provenant d'un vaisseau unique, est large de 3 degrés au moins lorsqu'il est exploré avec un test blanc égal ou supérieur à 3/1.000 (voir figure).



Élargissement et augmentation de densité des angioscotomes dans le syndrome commotionnel tardif.
A : sujet normal ; test 1/1.000.
B : commotionné ; test 3/1.000.

L'élargissement de l'angioscotome ne saurait être simulé car une supercherie est aisée à déceler par diverses épreuves de contrôle ; c'est ce qui confère à ce symptôme une grande valeur pour le diagnostic d'un syndrome commotionnel tardif. Ce signe peut, de plus, servir à apprécier la gravité de l'état du blessé. Lorsqu'il ne se complique pas d'autres déficits des fonctions rétiniennes il caractérise, en règle générale, un syndrome commotionnel modéré (*1er degré* de notre classification, Weekers [9]). Il importe de rappeler que l'élargissement des angioscotomes n'est pas spécifique de la commotion cérébrale et qu'il se rencontre dans certaines affections oculaires et générales (glaucome, anoxémie, etc.).

Nous avons, dans une publication antérieure, envisagé de façon plus détaillée diverses explications de l'agrandissement des angioscotomes observé chez les commotionnés : le déséquilibre de la circulation cérébrale et, par voie de conséquence, de la circulation rétinienne, en est la cause presque certaine. L'ophtalmodynamométrie, méthode moins sensible que l'angioscotométrie, ne peut déceler ce déséquilibre que lorsqu'il est très accusé (Weekers [9]).

II. — Le champ visuel périphérique.

Le rétrécissement du champ visuel périphérique dans le syndrome commotionnel tardif, connu depuis longtemps déjà, est généralement considéré, sauf par Klar [10], comme le résultat soit d'une fatigabilité excessive, soit d'une psychose. Il n'en est pas toujours ainsi : en étudiant la position des isoptères externes et intermédiaires chez des commotionnés dont le taux d'invalidité était déterminé et dont la bonne foi ne pouvait être suspectée, nous avons montré que la contraction du champ visuel n'est pas nécessairement le résultat d'un trouble purement psychique et qu'elle peut exister en dehors de toute névrose ; elle résulte, dans ces cas, de la fusion de plusieurs angioscotomes fortement élargis. En règle générale, l'agrandissement des déficits de provenance vasculaire ne rétrécit le champ visuel périphérique que lorsque le syndrome commotionnel est sévère (*2e degré* de notre classification, Weekers [9]). Il en résulte que les recherches périmétriques, comme l'étude angioscotométrique, peuvent, lorsque le sujet examiné est sincère, servir à apprécier la gravité de l'affection.

Dans une publication très récente, Franceschetti et Klinger [11] expriment aussi l'opinion que le rétrécissement du champ visuel dans le syndrome commotionnel vrai n'est pas de nature névropathique.

III. — L'acuité visuelle centrale.

En utilisant le même matériel choisi permettant d'exclure la simulation nous avons enfin montré que les isoptères internes, situés à moins de 15 degrés du centre, c'est-à-dire en dedans du cercle vasculaire périmaculaire, sont parfois rétrécis. Il en résulte une réduction, en général modérée, de l'acuité visuelle centrale. Cette éventualité est rare et ne se rencontre que dans les cas d'une extrême gravité (*3e degré* de notre classification, Weekers [9]). L'extension des angioscotomes vers le centre permet de comprendre l'altération de l'acuité visuelle qui était restée, jusqu'ici, complètement inexpliquée.

IV. — L'adaptation rétinienne a l'obscurité.

L'étude de l'adaptation à l'obscurité des cellules photo-réceptrices maculaires et périmaculaires au moyen de l'appareil à cinq points de Birch-Hirschfeld ne révèle aucune modification pathologique, tant que le déficit des fonctions rétiniennes se borne à un élargissement des angioscotomes. Nous avons, par contre, enregistré un retard, parfois considérable, de l'adaptation dans les cas très graves où l'acuité visuelle est réduite. Il semble que l'adaptation à l'obscurité, tout au moins en ce qui concerne les territoires rétiniens maculaires ou périmaculaires, n'est pas altérée dans le syndrome commotionnel léger ou moyen.

V. — La perception des couleurs.

Nous n'avons jamais décelé, au moyen des tests d'Ishihara, de dyschromatopsie acquise dans le syndrome commotionnel tardif.

Conclusions.

Il existe souvent, chez les blessés du crâne souffrant d'un syndrome commotionnel tardif même léger, un agrandissement et une augmentation de densité des angioscotomes. Ce symptôme témoigne d'une altération de la circulation rétinienne. Le rétrécissement des isoptères périphériques relève de la même cause mais n'apparaît que dans des cas d'une gravité plus grande. L'acuité visuelle n'est altérée que dans les cas particulièrement sévères où l'agrandissement des angioscotomes intéresse les portions centrales de la rétine.

Il est possible par l'étude systématique des isoptères périphériques, moyens et internes, d'apprécier la gravité d'un syndrome commotionnel tardif et d'en suivre l'évolution.

L'intégrité relative de l'adaptation à l'obscurité et du sens chromatique doit être retenue quand on cherche à localiser, de façon précise, la perturbation rétinienne qui donne lieu à l'agrandissement des angioscotomes. Nous nous proposons d'envisager cette question ultérieurement.

(Clinique ophtalmologique [Prof. L. Weekers] *de l'Université de Liége.)*

---

1. Associé du Fonds national belge de la Recherche scientifique.
2. P. Bailliart : *La circulation rétinienne* (*Doin*, édit.), Paris, 1923.
3. G. Worms : *Ann. d'Oculist.*, 1923, **160**, 456.
4. H. Coppez : *Journ. belge Neurol.*, 1936, **26**, 298 et 303. — *Ophthalmologica*, 1940, **99**, 65.
5. Nous rappelons qu'il existe, dans le champ visuel monoculaire du sujet normal, un réseau de scotomes dont la disposition correspond à la projection des vaisseaux rétiniens et de l'espace péri-vasculaire qui les entoure, ce sont les angioscotomes. Leur dimension varie sous l'influence de causes physiologiques et de facteurs pathologiques. (J. Evans : *Arch. of Ophth.*, 1939, **22**, 410.)
6. F. Bremer, H. Coppez, G. Hicguet et P. Martin : *Rev. Oto-neuro-opht.*, 1932, **10**, 16.
7. P. Van Gehuchten : *Journ. Traumat.*, Liége, 1939, numéro spécial, fasc. II, 10.
8. R. Weekers et M. Humblet : *Acta Biolog. Belg.*, Février 1943.
9. R. Weekers : *Bull. Acad. roy. Méd. Belg.*, 1943, **8**, 122.
10. J. Klar : *Klin. Monatsbl. Augenh.*, 1935, **94**, 500.
11. A. Franceschetti et M. Klinger : *Schweiz. Arch. Neur.*, 1943, **50**, 267, cité par *Zentrbl. ges. Ophth.*, 1943, **49**, 15.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

LES EMBOLIES PULMONAIRES MORTELLES

D'ORIGINE FÉMORO-ILIAQUE

Les trois noms de Van Swieten, Laennec, Virchow sont liés au syndrome de la migration d'un thrombus né dans une veine et transporté par le courant veineux jusque dans le cœur droit d'où il est chassé dans l'artère pulmonaire. Pendant longtemps, il a été admis que le volume du thrombus embolisé tenait sous sa dépendance les trois formes cliniques : mort immédiate, mort en quelques minutes, infarctus hémoptoïque de Laennec. Si le chirurgien demeurait impuissant devant la mort brutale par très gros caillot, s'il pouvait se féliciter de voir les accidents emboliques se réduire à un infarctus pulmonaire dont le pronostic immédiat est favorable, il trouvait, pour l'embolie qui ne tue qu'au bout de quelques minutes, dans l'opération de Trendelenburg, un moyen héroïque d'arracher à la mort 1 malade sur 100 environ.

Ce schéma des trois grandeurs du caillot lancé dans la circulation pulmonaire n'a plus été admis dans sa simplicité lorsque des opérateurs, voulant imiter Trendelenburg, n'ont pas trouvé l'altère pulmonaire ou ses deux branches de bifurcation obturées par le très grand embolus, et lorsque les autopsies ont prouvé que la mort chez une opérée de fibrome ou chez une accouchée récente n'était pas due à l'oblitération de la circulation dans les troncs principaux de l'artère pulmonaire. La mort avait été rapide, dramatique, tantôt avec un syndrome d'asphyxie blanche, tantôt avec un syndrome d'asphyxie bleue et cependant un territoire restreint de la circulation pulmonaire était seulement oblitéré.

Comme il arrive souvent, lorsqu'une notion anatomo-clinique paraissant solidement appuyée sur des faits en apparence incontestables vient à être mise en doute, la réaction a dépassé le but et l'on a été jusqu'à considérer la grande embolie pulmonaire mortelle comme un accident exceptionnel. Comment admettre, disait-on, qu'un caillot fémoro-iliaque, dont le calibre est obligatoirement inférieur de plus de la moitié à celui du tronc de l'artère pulmonaire, puisse obstruer celle-ci jusqu'à supprimer complètement la circulation pulmonaire ?

Par contre, l'excitation de l'intima de l'une des branches de moyen ou de petit calibre du système artériel pulmonaire, par un caillot du même volume, peut déclencher, en même temps qu'une constriction des bronches, un réflexe d'inhibition arrêtant toute circulation pulmonaire. A l'embolie massive, brutale tuant par son volume, on oppose la mort par la petite embolie, aussi néfaste dans son pouvoir réflexogène.

Cette réaction contre les données classiques s'est traduite par des communications d'un très haut intérêt à l'Académie de Chirurgie en 1937 et en 1938. Bardin, en regard des 4 tableaux cliniques, la mort par syncope, la mort avec pâleur, la mort avec cyanose, le collapsus cardio-vasculaire, oppose les constatations de l'autopsie : mort rapide, le territoire embolisé n'est que le siège d'une congestion œdémateuse ; la malade survit quelques jours, un gros infarctus pulmonaire a le temps de se constituer. Le caillot embolique siège rarement dans le tronc pulmonaire ou à l'éperon de bifurcation, oblitérant les deux branches droite et gauche, ou une seule d'entre elles ; le plus souvent, il s'arrête à la bifurcation d'une branche lobaire. Bardin et son rapporteur P. Brocq soulignent que le caillot trouvé dans l'artère pulmonaire ne provient pas toujours d'une veine du membre inférieur ou du petit bassin.

Sur des animaux en expérience, Bardin a introduit des perles d'émail ou de paraffine, du calibre de la veine jugulaire externe ; il n'a pas tué l'animal ; avec de la poudre de pierre ponce, dont les poussières ont 150 μ de diamètre, il a pu obtenir des morts subites.

Léon Binet et Burstein ont souligné, par leurs expériences, le rôle de la broncho-constriction, dans la genèse des troubles respiratoires au cours de l'embolie, de la dyspnée en particulier. « La section chirurgicale des deux nerfs vagues, ainsi que l'atropinisation préalable empêchent totalement l'installation du spasme bronchique. Il s'agit donc d'un réflexe parti des poumons et qui met en jeu le nerf vague broncho-constricteur. »

Ameuille, Fauvet et Monsaingeon soulignent la complexité du syndrome anatomo-clinique de l'embolie pulmonaire. Ameuille, Lemoine, Mlle Delhomme et Nouaille ont signalé un cas « où l'obstruction de l'artère pulmonaire était totale et qui était passé inaperçu cliniquement ». Ameuille réfute l'opinion de ceux qui acceptent « comme embolies les longs caillots blancs ou cruoriques que l'on retire facilement de l'artère pulmonaire de tous les cadavres (de l'aorte aussi d'ailleurs) qui sont en continuité avec des coagulations intracardiaques et sont le produit de la coagulation, après la mort, du sang que celle-ci a fait stagner dans les vaisseaux. » En injectant, dans chaque branche de division de l'artère pulmonaire, une masse de gélatine colorée au carmin, « on peut déceler la présence d'une embolie, le territoire irrigué par la branche oblitérée se présente comme un cône incolore, au milieu du poumon rouge vif. En cherchant au sommet du cône, on trouve facilement l'artère oblitérée et à son intérieur le caillot oblitérant. » Les poumons de 8 sujets, morts subitement ou rapidement, dans des circonstances où l'on pouvait s'attendre à trouver une embolie pulmonaire, injectés avec la masse gélatine-carmin ont été examinés ; 3 des sujets étaient atteints de *Phlegmatia alba dolens*, les 5 autres venaient de subir une intervention chirurgicale récente. L'injection de la masse colorée a montré 4 fois une embolie certaine, 4 fois l'absence complète d'embolie. Dans un cas d'embolie, il y avait entre le caillot et la paroi artérielle des rapports d'interpénétration par des fibres collagènes et des néo-vaisseaux qui en prouvaient l'ancienneté. Or, dans ce cas, le sujet était mort en moins de cinq minutes de dyspnée suraiguë, à début subit. « Il y avait là une embolie pulmonaire à symptomatologie retardée. » Chez les 3 sujets ayant présenté une *Phlegmatia alba dolens* du membre inférieur et morts sans avoir présenté le syndrome de l'embolie pulmonaire, la thrombose fémoro-iliaque a été constatée ; l'injection de la masse gélatine-carmin a été faite : 2 fois ont été trouvées des embolies déjà anciennes et organisées, l'une dans une branche de 3e division, l'autre dans une branche lobaire. De ces constatations, Ameuille conclut « qu'il n'y a pas de production directe entre le volume des embolies et l'importance des éléments qui les accompagnent. Pour expliquer ces accidents, il faut invoquer des processus beaucoup plus complexes que la simple obturation mécanique d'une branche plus ou moins importante de l'artère pulmonaire. »

Ces différentes communications auxquelles s'ajoute celle de Villaret et Justin-Besançon suscitèrent une vive curiosité. Au dogme classique on opposait la notion nouvelle de la petite embolie pulmonaire mortelle, elle aussi, mais par un mécanisme différent, un réflexe né de l'intima de l'artère obstruée et agissant sur toute la circulation pulmonaire et sur les bronches. A l'opération de Trendelenburg, on opposait comme thérapeutique l'atropine.

L'école de Strasbourg a voulu protester contre la tendance qui consiste à mettre en doute le rôle de la grande embolie. Géry, Leriche et Fontaine ont inspiré à Billot sa thèse sur « Le problème de la mort rapide par embolie pulmonaire » (Clermont-Ferrand, 1943). « L'obstruction embolique du tronc de l'artère pulmonaire ou de ses deux branches de bifurcation peut être retrouvée avec certitude dans 70 pour 100 des cas diagnostiqués cliniquement embolie pulmonaire. » Ce travail est basé sur 222 autopsies de sujets, faites entre 1926 et 1936.

Le thrombus vient presque toujours du segment veineux fémoro-iliaque ; or, la veine fémorale a le calibre de l'auriculaire, la veine iliaque celui du médius, et le tronc commun de l'artère pulmonaire a le calibre de deux doigts : « Il faut donc pour qu'un caillot soit immobilisé dans l'artère pulmonaire, qu'un facteur, autre que le calibre, vienne s'ajouter. Ce facteur, *c'est la longueur du caillot* qui permet le plissement et le tassement de l'embolus jusqu'à ce qu'il ait, de cette façon, acquis une grosseur bien supérieure à son calibre normal. » Les constatations nécropsiques montrent que le caillot s'est détaché, *dans son entier*, de la veine fémoro-iliaque : « après avoir parcouru la veine cave inférieure, l'oreillette et le ventricule droits, il arrive, poussé par l'ondée sanguine, au tronc pulmonaire ; il y pénètre sans difficultés, puisqu'il est plus petit que ce tronc, s'insinue dans une des branches de bifurcation, la gauche le plus souvent, mais non toujours ». Le caillot s'arrête quand son calibre devient supérieur à celui de la branche de division artérielle. Cependant, le courant sanguin pousse devant lui la queue du long caillot qui est obligé de se tasser jusqu'à ce qu'il obture l'artère dans laquelle il s'est engagé ; le caillot ne pouvant progresser désormais, butte sur l'éperon de bifurcation de l'artère pulmonaire et, toujours poussé par le courant sanguin, pénètre dans l'autre branche de bifurcation de l'artère pulmonaire et l'obstrue de la même façon. Quant à la queue du caillot, tantôt elle reste dans le tronc de l'artère pulmonaire, tantôt elle se replie dans la branche de bifurcation obturée en dernier lieu. Quand le caillot se fragmente, les deux branches de bifurcations sont obstruées, mais l'éperon et le tronc de l'artère pulmonaire restent libres.

En agissant avec précaution, nous dit Billot, on peut déplisser le caillot et l'extraire dans toute sa longueur. Il mesure plusieurs *décimètres* de longueur et présente souvent des ramifications correspondant au caillot formé dans chaque collatérale de la veine fémorale.

« La grande embolie pulmonaire est suivie d'une mort brutale parce que le caillot est long et non pas parce qu'il est gros. Il est donc indispensable que le caillot se détache de la veine, *dans sa totalité* ; cela n'est possible que pendant la période de début, celle où le thrombus n'est attaché à la paroi veineuse que par un pédicule étroit, purement fibrineux. » Passé cette période de début qui ne s'est pas encore révélée par les signes de la *Phlegmatia alba dolens*, le thrombus ne peut plus se détacher qu'en se fragmentant, d'où les petites embolies, qui peuvent être mortelles ou constituer un infarctus pulmonaire.

Ce mécanisme de l'embolie pulmonaire, mortelle par la longueur du caillot, révélé par les constatations cadavériques de Géry, a suscité des expériences, sur des chiens pesant de 20 à 24 *kg.*, réalisées par Fontaine, Blum et Kukovec.

Après plusieurs essais et sur les conseils de Géry, Fontaine a utilisé un segment d'intestin de lapin, d'une longueur de 25 à 40 *cm.*, contenant du sang coagulé et du lipiodol. Ce boudin mou est introduit dans la veine jugulaire du chien. 4 chiens ont survécu à cette embolie expérimentale. 3 chiens ont succombé, à la vingt-quatrième heure, le troisième jour, le dix-neuvième jour. 3 chiens sont morts dans les cinq minutes qui ont suivi l'embolisation. 1 chien est mort au bout de trente-six minutes. 1 chien est mort au bout d'une heure.

A l'autopsie, l'embolus expérimental a été trouvé : 3 fois pelotonné dans le tronc de l'artère pulmonaire complètement oblitéré ; 2 fois engagé dans les deux branches de bifurcation.

De ses expériences, Fontaine conclut que la mort foudroyante ne se produit que lorsque le tronc même de l'artère pulmonaire ou simultanément ses deux branches principales sont totalement oblitérées. Quand le boudin s'est déchiré, la mort a été moins rapide, la circulation pulmonaire n'étant pas complètement interrompue. L'obstruction d'une seule branche n'a produit la mort qu'une seule fois et elle est survenue au bout de dix-neuf jours.

Géry a fait 222 autopsies de sujets pour lesquels le diagnostic de mort subite par embolie pulmonaire avait été porté 132 fois. 22 fois seulement l'artère pulmonaire n'était pas oblitérée. Par contre, dans 90 cas, l'embolie pulmonaire massive oblitérante avait été cliniquement méconnue ; Géry a trouvé confirmée 200 fois l'hypothèse qu'il faut un très long caillot pouvant se pelotonner sur lui-même.

Toutefois Géry, Fontaine et Billot nous disent qu'on peut observer de longues survies après thrombose de l'artère pulmonaire, à la condition qu'elle se soit effectuée très lentement.

Dans les cas (30 pour 100) où il existait une embo-

lie d'une seule branche principale ou de plusieurs branches lobaires, l'obstacle mécanique est à lui seul incapable d'entraîner la mort, d'où l'intervention du mécanisme réflexe, parti de l'endartère tel que le conçoivent les auteurs des travaux parus à l'Académie de Chirurgie en 1937 et 1938.

En résumé, la vérité est dans les deux camps ; on a certainement minimisé le rôle du long embolus qui serait justiciable d'une opération de Trendelenburg, mais la notion de la mort par petite embolie est exacte.

Si du point de vue spéculatif pur, cette discussion présente un très grand intérêt, en se plaçant sur le terrain de la thérapeutique, on doit regretter qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun témoignage clinique formel qui permette de proposer soit l'opération de Trendelenburg, soit les petits moyens : l'administration d'atropine, l'infiltration stellaire, l'injection intraveineuse de novocaïne. Billot nous a cependant donné une indication utile : pour que le caillot puisse se détacher dans toute sa longueur, il faut que la phlébite fémoro-iliaque soit tout à ses débuts ; à ce moment, la *Phlegmatia alba dolens* ne s'est pas encore révélée par la douleur et l'œdème blanc. De fait, la mort brutale survient chez des opérées de fibrome ou des accouchées récentes dont les membres inférieurs paraissent indemnes de tout trouble circulatoire. Quand la thrombose fémoro-iliaque s'est extériorisée, les thérapeutiques d'immobilisation et d'anticoagulation sont instituées, de telle sorte que seul, en principe, un infarctus pulmonaire reste à redouter. Il faudrait donc pouvoir dépister la thrombose fémoro-iliaque à ses débuts ; à ce sujet nous ne possédons pas encore de preuve valable. Cependant chez les opérées de fibrome l'administration pré ou post-opératoire de citrate de soude semble prévenir cette thrombose.

P. Wilmoth.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

25 Avril 1944.

Observations relatives aux rapports entre la diphtérie et les vaccinations préventives. — M. Besson, d'après les statistiques de Paris et d'une ville de banlieue, montre que la recrudescence actuelle de la diphtérie ne permet pas de mettre en cause la valeur de l'anatoxine; celle-ci s'affirme par la réduction notable de la morbidité et par la disparition quasi totale de la mortalité chez les vaccinés; mais trop de sujets ne sont pas encore vaccinés; il est indispensable d'appliquer dans le plus bref délai la loi sur la vaccination antidiphtérique obligatoire.

Sur l'ossification de la colonne vertébrale de fœtus humain. — M. Rouvière présente une note de MM. Teissandier et Champagne qui ont étudié par la méthode de Spalteholtz 148 fœtus de 17 à 400 *mm.*; ils ont pu préciser la date, le mode d'apparition et la morphologie des divers centres d'ossification du rachis.

Sulfamides et eau sulfureuse. — MM. Chiray, Justin-Besançon et Dubost rapportent des expériences qui montrent que certaines eaux sulfureuses (Challes) ont sur le développement des micro-organismes une action frénatrice de même ordre que celle des sulfamides; ceux-ci associés à l'eau sulfureuse accroissent ses effets. On peut donc, particulièrement en oto-rhino-laryngologie, compléter l'action d'un traitement sulfamidé par les applications locales d'eau minérale sulfureuse.

Hémiplégie cérébrale infantile et troubles aphasiques. — M. Lhermitte présente une note de MM. Hécaen et Anglade qui ont observé chez une jeune fille de 20 ans atteinte d'hémiplégie gauche infantile avec crises jacksoniennes et astéréognosie, des troubles aphasiques discrets; malgré l'absence de troubles moteurs du côté droit, on peut conclure à l'existence d'un double foyer.

Au sujet du botulisme. — M. Martel, rapporteur, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, propose à l'Académie d'adopter les conclusions suivantes : les services vétérinaires doivent prendre toutes mesures utiles en vue d'assurer la meilleure hygiène en matière de salaisons, le public doit retenir que la propreté la plus minutieuse est nécessaire; on doit éviter de consommer des produits crus tels que chairs hachées, jambon salé... La cuisson des jambons pour être suffisante exige une ébullition prolongée; 4 heures suffisent pour un jambon de 5 kg.; l'ébullition assure la destruction de la toxine botulinique. — Ces conclusions sont adoptées.

2 Mai.

Notice nécrologique sur M. Chavannaz. — M. Mathieu.

L'épreuve de la stase pyélo-calicielle provoquée dans le diagnostic radiologique des maladies des reins. — M. Bourguignon présente une note de M. R. Coliez qui expose les résultats de la méthode de compression des uretères qu'il a décrite en 1930; après avoir retiré de l'urographie intraveineuse les renseignements fonctionnels qu'elle peut donner sur l'élimination rénale, l'auteur pratique immédiatement la compression des uretères sur les psoas à l'aide d'un ballon compresseur; il se produit une stase pyélo-calicielle transitoire qui permet d'obtenir un moulage complet des cavités et de la partie supérieure des uretères, avec une finesse souvent supérieure à celle que donne la pyélographie rétrograde. La méthode permet, avant tout cathétérisme, de guider l'urologue dans les investigations à pratiquer.

Sur la lumière diffusée par les milieux troubles. — M. Fabre présente une note de MM. Canals et Charra qui rappellent que la diffusion de la lumière par les milieux troubles dépend de nombreux facteurs et en particulier de l'opacité, de la dimension et de la stabilité des suspensions. Les dosages néphélimétriques des suspensions de sulfate de baryum à l'état cristallin sont pratiquement impossibles par diffusimétrie; par contre ces dosages sont possibles avec les suspensions du même corps à l'état de particules amorphes en milieu gélatiné, lorsque les particules sont sphériques, homogènes et dans certaines limites de concentration.

Asthme et oxygène sanguin. — MM. Polonovski, Pasteur Vallery-Radot, Santenoise, Blamoutier et Stankoff ont étudié au cours de l'asthme la capacité spécifique du sang pour l'oxygène, c'est-à-dire la quantité d'oxygène fixée par gramme de fer sanguin après contact suffisant à l'air libre; chez les asthmatiques en période de crise, les valeurs sont très inférieures à la normale, et cela au cours des formes les plus diverses. Chez les asthmatiques présentant des manifestations morbides atténuées (accès d'oppression, toux spasmodique), la capacité spécifique est nettement plus élevée qu'en période de crise, mais reste inférieure à la normale. Chez les scléreux pulmonaires avec bronchite chronique et emphysème ou chez les tuberculeux avec dyspnée asthmatiforme, la capacité est toujours notablement supérieure à celle des asthmatiques vrais et se rapproche de celle des témoins. Chez les asthmatiques avec alternance de périodes de crises et de rémissions, il existe un parallélisme net entre l'état clinique et les variations de la capacité. Les modifications de la capacité respiratoire interviennent comme un facteur favorisant très important dans l'asthme, mais ne sont pas suffisantes pour déterminer l'accès.

Les poussières de charbon ont-elles un rôle dans la genèse des fibroses pulmonaires des mineurs ? — MM. Martin et Roche ont constaté chez des sujets n'ayant jamais quitté le travail du charbon des images radiographiques identiques à celles qu'on considère comme caractéristiques de la silicose; ils n'ont pas eu la possibilité de vérifier si l'identité est la même pour les aspects histologiques. S'agit-il de lésions silicotiques secondaires à l'inhalation de poussières rocheuses provenant des roches entourant le banc de charbon ? Les aspects sont-ils dus aux poussières de charbon elles-mêmes ou encore à des cendres siliceuses que contiendrait le charbon ? Les auteurs ne peuvent encore décider entre ces hypothèses.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

26 Avril 1944.

Du traitement des fractures du col du radius et en particulier de la réduction sanglante. — MM. Sorrel et Xambeu envisagent les procédés les plus utilisés : l'immobilisation simple suivie de mobilisation précoce et l'extirpation de la tête du radius. Ils en montrent les inconvénients : les raideurs et surtout les déformations ultérieures en valgus. Ils rassemblent 22 cas traités dans le service de M. Sorrel par l'un de ces deux procédés ou par la reposition sanglante. Leurs conclusions sont les suivantes : toutes les fois qu'il n'y a qu'un déplacement minime sans fracture de la cupule radiale, l'immobilisation simple suivie de mobilisation précoce demeure le meilleur traitement. Si le déplacement est important, la cupule toujours indemne, ils préfèrent la reposition sanglante qui s'effectue sans difficulté par une technique indiquée par eux. Si enfin la cupule radiale est intéressée, ou si les fragments ne s'engrènent pas, il faut faire une résection du fragment supérieur mais en craignant la déviation ultérieure de l'avant-bras.

Hémarthrose du genou. Rupture du ligament croisé antéro-externe. — M. Sorrel relate l'observation d'une hémarthrose du genou secondaire à un coup de pied dans le vide. La clinique montrait l'intégrité des ligaments latéraux. Les clichés étaient muets. L'intervenrion permit la suture du ligament croisé antéro-externe, atteint d'une section nette en son milieu. Le résultat fut excellent et le sujet put rejouer au football. Suivi depuis 3 ans, il a refait 2 petites entorses sans gravité au niveau de son genou.

L'auteur étudie ensuite le mécanisme discuté de la rupture isolée des ligaments croisés, leur anatomie pathologique, les résultats opératoires.

Chaque fois que le tableau d'entorse s'accompagne d'infiltration hématique des plans superficiels, l'intervention s'impose. En cas d'hémarthrose simple, elle est à discuter de plus près.

Sur le traitement des plaies graves des membres. — MM. Pervès, Morvan et Renon (Marine). A propos des récents bombardements des populations civiles, les auteurs apportent leur expérience. Ils montrent l'intérêt du traitement des larges plaies des membres, même sans fracture, par le pansement occlusif sous bandes plâtrées. Cette méthode fort ancienne avait été, à leur avis, injustement décriée il y a quelque temps.

A condition d'avoir au préalable fait subir à la plaie un correct traitement chirurgical de nettoyage et d'excision, d'esquillectomie si nécessaire, la méthode occlusive donne d'excellents résultats : vitesse de la cicatrisation, confort des blessés, aisance de leur transport.

Les auteurs utilisent volontiers le pansement au baume du Pérou et rejettent l'emploi des sulfamides qui ont, à leur avis, une action cytotoxique.

— M. Leveuf appuie ces conclusions et recommande le pansement occlusif plâtré, sans méchage de la plaie.

— MM. Roux-Berger, Sorrel et d'Allaines montrent l'intérêt de la méthode à condition de respecter le principe essentiel du nettoyage chirurgical préalable de la plaie. Les plaies de certaines articulations comme la tibio-tarsienne, qui ne peuvent être fermées, bénéficient aussi de la méthode.

— M. R. Bernard emploie le pansement occlusif plâtré dans les fractures ouvertes de cuisse en utilisant un plâtre avec flexion de la cuisse sur le bassin et une broche condylienne.

— A l'occasion de cette communication, M. B. Desplas fait une courte revue de l'état des derniers blessés civils qu'il a inspectés. Prédominance du nombre de morts sur celui des blessés, étendue des lésions immédiatement mortelles : larges scalps, éclatements pulmonaires, importance du shock disproportionnée avec celle des blessures et parfois irréversible; dans leur pathogénie rôle possible en dehors des facteurs habituels, des facteurs moraux et de l'oxyde de carbone répandu par les explosions : nécessité de transfusions pour lutter là contre. Chez les blessés enfouis, étendue des lésions de compression, analogues à celles qu'entraîne un garrot laissé trop longtemps. Il proteste à nouveau contre les sutures primitives des plaies, responsables d'accidents très graves.

Tumeur du nerf médian. Troubles sympathiques associés. Guérison par exérèse de la tumeur et infiltration stellaire. — M. Meillière rapporte cette rare observation due à M. Magnant.

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

28 Avril 1944.

A propos d'un cas de silicose pure. — MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille, Bouygues et Verriez rapportent une observation de silicose pure et insistent sur les caractères évolutifs de cette affection qui s'aggrave alors que le sujet n'est plus soumis aux poussières nocives. Ils insistent également sur les lésions anatomiques élémentaires péri-vasculaires, interstitielles et alvéolaires qui expliquent la production et l'évolution de la silicose, en dehors de toute bacillose actuellement décelable.

— M. Ameuille souligne, lui aussi, que la silicose continue à évoluer, bien que le sujet atteint ait abandonné son métier dangereux, notion importante du point de vue médico-légal.

Erythro-leucose aiguë avec lésions osseuses myélomateuses. — MM. Mouquin, Garcin, Catinat et Langevin. L'intérêt de l'observation réside, non seulement dans l'association d'un syndrome osseux myélomateux à une leucémie aiguë, association aujourd'hui bien connue, mais aussi dans le fait qu'il s'agissait d'un type exceptionnel de leucémie aiguë (leucémie à hémocytoblastes) et qu'il s'y joignait une réaction érythroblastique considérable, montant jusqu'à 28 pour 100 des éléments blancs sur les hémogrammes.

Le syndrome myélomateux était caractérisé par de vives douleurs osseuses, de grosses altérations radiologiques de raréfaction et de condensation osseuses. L'autopsie confirma d'ailleurs la friabilité remarquable des os iliaques.

Bien qu'il n'y eût pas de plasmocytes dans le s.ng, il existait une forte hyperprotidémie avec hyperglobulinémie.

La mort survient en 2 mois 1/2, au milieu de phénomènes hémorragiques, alors que le taux des hémocytoblastes dans le sang était monté jusqu'à 86 pour 100.

Etude clinique d'un nouvel antagoniste de l'histamine, le diméthylaminoéthyl-N p.méthoxybenzyl N α-aminopyridine. — M. Philippe Decourt. L'antergan, malgré ses résultats parfois remarquables, se montre dans d'autres cas insuffisamment actif aux doses tolérées. L'auteur apporte les résultats obtenus avec ce nouvel antihistaminique, mieux toléré et bien plus efficace.

Tétanie et troubles mentaux. — MM. Jacques Decourt, Ch.-O. Guillaumin et J. Chaillet. Une jeune fille de 16 ans, soumise à de graves restrictions alimentaires, présente une aménorrhée et des accès de tétanie. Au moment où ceux-ci s'aggravent apparaissent des troubles mentaux qui nécessitent l'isolement. A un état de stupeur confusionnelle fait suite une agitation de type maniaque, le tout accompagné d'une hypocalcémie à 0 g. 071. Sous l'influence du calcium intraveineux et de la vitamine D à forte dose, tous les accidents guérissent en une dizaine de jours, sans récidive. Les auteurs rappellent à ce propos l'existence possible de troubles mentaux graves dans l'insuffisance parathyroïdienne. Ils admettent dans leur cas une insuffisance parathyroïdienne relative, révélée par le facteur carentiel.

— M. de Sèze apporte l'observation d'un cas de tétanie spontanée de l'adulte, avec accès de contractures, laryngospasme, cataracte et hypocalcémie, dans lequel les troubles mentaux associés prenaient une importance telle que le malade avait été considéré longtemps comme atteint d'une psychose d'origine éthylique.

Sur un nouveau cas de coma terminant un ictère du type catarrhal. — MM. Jacques Decourt, Ch.-O. Guillaumin et R. Courtin. Dans un cas récent d' « ictère catarrhal aggravé », les auteurs avaient pu mettre en évidence à la phase de coma une hypoglycémie, un abaissement de la réserve alcaline et une polypeptidorachie importante, qui pouvaient rendre compte des accidents cliniques, réalisant le plus haut terme de l'insuffisance hépatique telle qu'on l'observe après hépatectomie expérimentale. Dans un cas cliniquement identique, les auteurs n'ont retrouvé aucun de ces éléments, malgré l'existence d'un coma semblable rapidement mortel. Ils soulignent, par contre, comme dans le cas précédent, un abaissement considérable des lipides totaux et du cholestérol sanguin et envisagent le rôle possible de ces perturbations dans le déterminisme des troubles cérébraux.

Névralgie faciale secondaire d'origine centrale (sclérose en plaques) guérie par la neurotomie rétro-gassérienne. — MM. S. de Sèze et André Sicard. Toute névralgie faciale qui se présente sous forme d'accès douloureux intermittents — surtout quand ces accès sont déclenchés par des excitations périphériques — peut être guérie par les injections d'alcool ou par la neurotomie rétro-gassérienne, même si cette névralgie est secondaire à une lésion centrale bulbo-protubérantielle (sclérose en plaques, synergobulbie...).

D'après le schéma naguère classique, la névralgie faciale essentielle était seule curable par les injections d'alcool ou par la neurotomie, tandis que les névralgies faciales secondaires étaient tenues pour non justiciables de ces méthodes. Ce schéma erroné ne doit pas être conservé.

Cette possibilité de guérir une névralgie d'origine centrale par une intervention périphérique présente, en plus de son importance pratique, un intérêt théorique considérable. Elle permet de penser que la névralgie dite essentielle du trijumeau et les algies faciales secondaires d'origine centrale ne sont peut-être pas des affections de nature radicalement différente; un rapprochement physio-pathologique entre ces deux types de douleurs est parfaitement concevable.

Obstruction bronchique mortelle par moules muqueux solidifiés. — MM. P. Ameuille et P. Tulou rapportent 2 nouveaux cas d'obstruction bronchique mortelle réalisée, cette fois, par des moules bronchiques solides. Un de leurs malades était une asthmatique, l'autre un tuberculeux. Dans les 2 cas, tout l'arbre bronchique d'un des poumons jusqu'à la bifurcation trachéale et au delà était occupé par un moule bronchique creux.

Les auteurs notent la difficulté qu'il y a à reconnaître la nature chimique de ces moules bronchiques. Dans leurs cas il paraît s'être agi de mucus très concret et solidifié par dessiccation progressive, en raison de la stagnation du mucus et du courant d'air qui continuait à les traverser.

Maladie de Hodgkin à forme splénique pure. Splénectomie. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, R. Bosc et P. Cazal soulignent le caractère absolument typique de la symptomatologie de ce cas. Le malade présentait une volumineuse splénomégalie vraiment solitaire sans aucun des signes classiques de la lymphogranulomatose et sans anomalie de l'hémogramme ni du splénogramme. La splénectomie a été pratiquée dans la pensée qu'il s'agissait d'une tuberculose splénique (bacillose pulmonaire antérieure démontrée). Trois mois après l'opération le sujet était en excellent état.

Leptospirose grippo-typhosique et spirochéturie tardive. — MM. R. Sohier, Hinschberger et Roulin. Observation d'un sujet qui, après des bains dans le Grosne, présenta un état infectieux avec réaction méningée, myalgies, signes d'atteinte rénale avec hyperazotémie. Sédation rapide des troubles, mais récurrence thermique le 7e jour. Sérodiagnostic encore positif pour *Leptospira grippo-typhosa* au 3e mois. Dans l'urine, 5 mois après la guérison clinique, des spirochètes morphologiquement voisins des leptospires ont été décelés à plusieurs reprises, constatation qui offre un intérêt diagnostique et biologique.

Emphysème kystique simulant un pneumothorax chez un grand emphysémateux. — MM. P.-L. Drouet, Herbeuval et G. Faivre (Nancy). Un homme de 29 ans présente un important syndrome d'emphysème généralisé et d'insuffisance cardiaque. L'examen clinique et radiologique montre à la base gauche un syndrome aérique simulant un pneumothorax spontané. Le lipiodol montre des images d'amputation bronchique. Le pneumothorax provoqué permet de préciser le caractère de l'image aérique. Il s'agit d'une grosse bulle entourée de bulles de moindre calibre. On a pu faire le contrôle anatomique. Il s'agissait bien d'un important emphysème kystique.

Intéressante est la coïncidence de ce type avec l'emphysème généralisé.

Pneumothorax spontané suivi de condensation rétractile par métastase d'un sarcome de la cuisse. — MM. P.-L. Drouet, Herbeuval et G. Faivre. Ce cas attire l'attention sur les pneumothorax spontanés, non tuberculeux, et soi-disant bénins, de l'adulte. Il met également en évidence une modalité spéciale d'évolution des néoplasmes broncho-pulmonaires, ces derniers étant capables de créer d'importants troubles de la ventilation pulmonaire. Un pneumothorax non tuberculeux de l'adulte commande une exploration minutieuse de l'arbre bronchique en vue de mettre en évidence ou de rejeter l'existence d'un néoplasme.

Emphysème obstructif par néoplasme bronchique. — MM. P.-L. Drouet, Herbeuval, G. Faivre et J. Simonin relatent un cas d'emphysème obstructif par néoplasme bronchique, avec contrôle anatomique. Celui-ci a montré une grosse bulle d'emphysème coiffant le lobe supérieur du poumon droit, entourée d'une couronne de bulles de moindre importance. C'est un des premiers documents anatomiques français d'emphysème obstructif lié à un néoplasme bronchique à petites cellules. L'emphysème apparaît comme une étape non obligatoire et fugace dans l'histoire de l'oblitération bronchique. Aussi passe-t-elle le plus souvent inaperçue. Le mécanisme ne fait pas de doute. L'emphysème est bien la conséquence de l'obstruction à soupape expiratoire des bronches.

Chorée fibrillaire de Morvan. — M. Hécaen.

5 Mai.

Tierce maligne révélée par une complication rénale ayant abouti au coma. Guérison. — MM. P. Harvier, Fred Siguier et L.-C. Brumpt rapportent l'observation d'une malade âgée de 69 ans qui contracta pour la première fois le paludisme au cours de son 27e séjour en Corse en 1942. Les premiers accès fébriles furent traités par des doses insuffisantes de quinine. Un mois plus tard, la malade tombe progressivement dans un coma avec hémiplégie droite et convulsions. L'existence d'albuminurie légère, de cylindrurie, d'œdèmes discrets des paupières et des malléoles fit penser à une forme localisée de rétention chlorurée. Sous l'influence de la saignée et des purgatifs, les accidents disparurent rapidement. L'examen hématologique révèle une anémie importante et la présence de gamètes de *Plasmodium falciparum*. La guérison complète en quelques semaines du paludisme, de l'anémie et des signes rénaux sous l'action de la quinine et des gaméticides confirme l'hypothèse d'une néphrite palustre.

Deux cas d'anurie traités et guéris par des injections intraveineuses de novocaïne. — M. P. Hillemand, Mlle Montalant, MM. Y. Barré et Le Goarant de Tromelay relatent 2 observations d'hépato-néphrite avec anurie, guérie par des injections intraveineuses de novocaïne. Le premier cas concerne une femme enceinte de 7 mois. Un accouchement provoqué n'ayant pas amélioré l'état hépato-rénal, les auteurs conseillèrent, au moment où une décapsulation allait être tentée, de faire d'abord une infiltration splanchnique, puis après échec de celle-ci, une injection intraveineuse de 0,02 de novocaïne. A la suite de cette injection, la diurèse quasi nulle passe à 400 cm^3 et se rétablit rapidement. La seconde malade, enceinte de 2 mois, après l'ingestion d'un abortif, apiol vraisemblablement, vit apparaître un syndrome d'ictère grave avec hémorragies et anurie. L'azotémie était de 6 g. Une heure après l'injection de 0 g. 02 de novocaïne, l'émission de 100 cm^3 d'urine fut notée. La diurèse se rétablit rapidement à la suite de nouvelles injections pour atteindre 3 litres 5 jours après le début du traitement. La guérison fut complète malgré l'apparition d'un gros foyer pulmonaire.

Les auteurs insistent sur l'innocuité de cette méthode qui, dans les 2 cas observés, semble bien responsable de la guérison.

Cécité par névrite optique survenue chez un monophtalme au cours d'une leptospirose ictéro-hémorragique. — MM. Charles Richet, Jean Voisin, Lesueur et Ardouin. Un homme de 51 ans, plongeur de restaurant, présente au 8e jour d'un ictère spirochétosique des troubles visuels de l'œil unique, qui entraînent en 3 jours une cécité définitive. Après résorption d'un important trouble vitréen, on constate une atrophie optique de type secondaire. En l'absence de signes cliniques méningés, la ponction lombaire avait révélé 0 g. 50 d'albumine et 160 éléments.

Rectite proliférante avec diarrhée profuse, forme monosymptomatique d'une pellagre. — MM. M. Chiray, Giraud, Charlin et Simkow rapportent l'observation d'un malade atteint de diarrhée profuse cachectisante avec rectite proliférante compliquée d'abcès ischio-rectaux qui ont motivé d'emblée l'entrée du sujet dans un service de chirurgie. L'ensemble symptomatique faisait penser à la maladie de Nicolas Favre. Seule la coloration rouge vernissée très particulière de la muqueuse rectale a pu évoquer l'hypothèse d'une anicotinose. Le traitement par la vitamine PP aux doses journalières intensives de 1 g. par jour a guéri complètement, et en moins d'un mois, ce malade dont l'état paraissait désespéré. Les auteurs insistent sur l'intérêt considérable d'une telle avitaminose digestive monosymptomatique.

Erythème polymorphe symptomatique d'une primo-infection tuberculeuse chez une jeune fille de 20 ans. — M. J. Gadrat, chez une jeune fille de 20 ans indemne de tuberculose, a pu mettre en évidence, au cours d'un érythème polymorphe typique, une cuti-réaction tuberculinique phlycténulaire et, grâce à la tomographie, une importante adénopathie interbronchique droite.

Résultats éloignés des implantations sous-cutanées d'acétate de désoxycorticostérone dans un cas de maladie d'Addison. — MM. J. Gadrat, Ch. Doat et P. Valdiguié relatent un cas de maladie d'Addison traitée par 6 implantations sous-cutanées successives de 50 mg. de corticostérone. Chacune a entretenu l'équilibre pendant 4 mois et demi. L'injection quotidienne eut nécessité 1.700 mg. au total au lieu de 300 mg. L'économie est donc largement supérieure à celle prévue par Thorn. La qualité de l'amélioration clinique est excellente, mais le syndrome humoral n'a pas subi de modifications durables.

Les modifications de la perméabilité capillaire et leurs conséquences. Rôle des vitamines P. — MM. H.-B. Maschas et J. Lavolley, envisageant les conséquences de la perméabilité capillaire aux protides sur la nutrition des tissus, rappellent la découverte fondamentale faite par Szent Györgyi d'un facteur alimentaire réglant cette perméabilité. Ils résument les travaux qui les ont amenés à découvrir l'activité vitaminique des flavonols, des anthocyanidols et surtout celle de l'épicatéchine qui est au moins 500 fois plus active que la « citrine » de Szent Györgyi. Enfin ils étudient les propriétés thérapeutiques de ces substances et citent 3 observations personnelles.

Agénésie partielle de la 1re côte. Douleurs plexiques rebelles pendant 6 ans. Résection de la côte anormale. Guérison. — MM. R. Leriche et S. de Sèze. Une jeune femme de 34 ans présente depuis 6 ans des douleurs intolérables dans le cou, l'épaule gauche et le membre supérieur gauche. Tous les traitements essayés sont restés inefficaces; la malade a cessé toute activité. L'examen clinique fait penser à une côte cervicale. La radiographie montre qu'il s'agit en réalité d'une malformation de la 1re côte qui se termine dans le creux sus-claviculaire par une extrémité antérieure libre renflée en massue. La résection de cette côte anormale est suivie d'une guérison rapide et complète permettant la reprise immédiate d'une activité sociale ininterrompue depuis 6 ans. Guérison maintenue 1 an après l'intervention.

Algies essentielles et neurogliomes radiculaires. A propos de 2 cas de « névralgie crurale ». — MM. de Sèze et J. Guillaume relatent 2 cas d'algies crurales sans aucun signe déficitaire, symptomatiques d'une tumeur intrarachidienne (neurogliome) dont l'extirpation fut suivie d'une guérison complète et sans séquelles. Les auteurs attirent à nouveau l'attention sur les 3 symptômes qui doivent faire soupçonner la présence d'une tumeur, derrière une symptomatologie purement douloureuse, même unilatérale : exacerbation des douleurs par la position couchée, contracture pseudo-pottique des muscles lombaires, réveil des douleurs par la compression des jugulaires. La ponction lombaire et le lipiodol confirment le diagnostic et l'intervention donne toujours, dans les neurogliomes opérés à ce stade, un résultat excellent.

— M. Alajouanine pense que ces formes douloureuses pures de tumeurs de la queue de cheval ne sont pas exceptionnelles; bien plus rares sont les cas analogues de tumeurs juxta-médullaires dont il a publié 2 observations.

Guérison d'une néphrose lipoïdique associée d'emblée à une néphrite chez un jeune homme de 19 ans. — MM. Albeaux-Fernet et M. Laudat rapportent l'observation d'une néphrose lipoïdique associée d'emblée à une néphrite chez un jeune homme de 19 ans et qui guérit complètement après 15 mois d'évolution. Malgré des complications exceptionnelles : phlébite, péricardite, malgré des épanchements pleuraux récidivants, malgré une fièvre hectique inexpliquée, la guérison fonctionnelle est indéniable. Les auteurs ont fait une étude biologique minutieuse et prolongée de ce cas et insistent sur la notion de la dose efficace d'extrait thyroïdien dans la conduite du traitement.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

27 Janvier 1944.

Le dosage de la bilirubine par le procédé des godets. — M. Lambling et Mlle Brunet ont modifié de façon ingénieuse la technique de Chabrol et Charonnat de l'anneau limite, dont la lecture est souvent malaisée. Ils opèrent la réaction dans des godets de porcelaine qui permettent de mieux saisir les variations de couleurs, non seulement du fait de la blancheur du fond et de l'absence de verre interposé entre l'œil et le liquide, mais aussi grâce à des phénomènes de surface qui interviennent et augmentent l'intensité de la couleur.

Le streptocoque hémolytique dans la scarlatine. — M. Bonnet a observé : 1° que les scarlatineux présentent une très grande abondance de streptocoques hémolytiques dans le pharynx au début de la scarlatine, où le germe s'y trouve presque à l'état de pureté; 2° que le nombre des streptocoques diminue progressivement pour faire place aux germes habituels, au fur et à mesure de l'évolution de la scarlatine; 3° que ces germes disparaissent complètement du rhinopharynx en un temps variable de 20 à 100 jours; 4° que les malades n'ont jamais provoqué de contagion, quand ils ont été en contact avec le milieu extérieur, après la disparition des streptocoques du rhinopharynx.

On constate l'importance de ces faits comme test biologique de guérison de la scarlatine. Ce test éviterait de prolonger outre mesure l'isolement des malades quand ils sont inoffensifs, et permettrait, d'autre part, de poursuivre l'isolement plus longtemps s'ils risquent de provoquer des contagions.

Le potassium du liquide céphalo-rachidien. — MM. Decourt et Guillaumin ont montré que le taux du potassium du liquide céphalo-rachidien se maintient normalement entre 105 et 130 mg. pour 1.000 (moyenne 118 mg.). A l'état pathologique, le chiffre peut être abaissé jusqu'à 96 ou élevé jusqu'à 188. Ces variations dépendent moins des autres variations du liquide céphalo-rachidien que des troubles généraux opérés par la maladie en cause.

Les taux du glucose dans le sang maternel, dans le sang ombilical et dans le sang placentaire au moment de l'accouchement. — MM. Sureau et Soulayrac rapportent les résultats d'études comparatives du taux du glucose. Le sang contient les valeurs moyennes suivantes :

Glycémie maternelle : 0 g. 91 ; glycémie ombilicale : 0 g. 78 ; glycémie placentaire : 0 g. 48.

Le taux du glucose dans les 3 sangs se trouve donc dans des proportions bien déterminées. Ces résultats permettent de constater une fois de plus qu'entre la mère et le fœtus les échanges semblent être réglés par d'autres lois que celle de l'équilibre entre les plasmas.

Durupt.

SOCIÉTÉ DE CARDIOLOGIE

16 Janvier 1944.

Considérations sur l'évolution clinique des thrombo-artérites des membres. — M. P.-N. Deschamps sur 28 cas de thrombo-artérite des membres, suivis personnellement durant un laps de temps variant de 4 à 12 ans, signale 19 cas présentant une régression très nette des troubles fonctionnels et 6 cas qui se stabilisèrent au stade de claudication intermittente (sans phénomènes douloureux). Il n'est donc pas exact, conclut l'auteur, de dire que la thrombo-artérite des membres soit une maladie généralement progressive. Bien au contraire les formes régressives paraissent être, au moins dans l'artérite commune, les plus habituelles.

— M. Clerc pense qu'il s'agit là plutôt d'une adaptation que d'une récupération.

Un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire. — M. P.-N. Deschamps rapporte l'observation d'un malade adulte présentant depuis 2 ans une dyspnée devenue progressivement intense et permanente, sans cyanose. Signes d'auscultation très discrets. Mais l'examen radiologique montre une tache irrégulière surmontant l'ombre cardiaque et accompagnée d'un allongement très marqué et d'une vive saillie de l'arc moyen. Grosses arborisations hilaires avec « danse du hile ». Un tel aspect radiologique permet, semble-t-il, de conclure à l'existence d'un anévrysme de l'artère pulmonaire, développé aux dépens du tronc et de la branche droite du vaisseau.

Dilatation congénitale de l'arbre artériel pulmonaire. Tuberculose cavitaire. Hémoptysie foudroyante. — MM. A. Jouve, M. Delage et R. Oddo rapportent l'observation d'une hémoptysie foudroyante chez une jeune fille de 27 ans atteinte de dilatation globale de l'arbre artériel pulmonaire, avec communication inter-auriculaire. Une des branches de l'A. P. droite, ectasiée, s'ouvrait largement dans une caverne du sommet droit.

Dilatation accentuée du tronc de l'artère pulmonaire. Bonne tolérance persistante. — MM. A. Clerc et Ch. Frain relatent le cas d'une ancienne spécifique de 47 ans, chez laquelle, pour la première fois en 1931, après une intervention abdominale, apparut une couleur légèrement violacée de la face et des extrémités digitales, accompagnées de douleurs thoraciques. Pas d'autres signes à l'examen clinique. Par contre l'examen radiologique montrait un arc moyen, une A. P. ainsi que des hiles très dilatés et pulsatiles. La maladie, suivie depuis 13 ans, n'a pas occasionné de troubles réels. Les auteurs, malgré la spécificité, portent le diagnostic de dilatation globale et solitaire de l'A. P.

Tachycardies ventriculaires pré-fibrillatoires régressives. A propos d'un cas d'origine syphilitique. — MM. R. Froment, Blondet et Coblentz rapportent l'observation d'un spécifique où de longs paroxysmes de tachycardie ventriculaire, survenue sur un cœur en apparence indemne, disparurent après un traitement spécifique.

Dilatation et insuffisance cardiaques dans la maladie de Friedreich. Nouvelles observations. — MM. R. Froment, Vignon et Baud rapportent 3 cas nouveaux de cette association de troubles cardiaques et de troubles neurologiques.

Un nouveau cas de diverticule du péricarde. — MM. Donzelot, P. Bardin et R. Heim de Balsac, au cours de l'examen radiologique d'un homme de 21 ans, sans aucun trouble fonctionnel ni physique, découvrent une tumeur para-cardiaque, dont l'image fait penser à un diverticule du péricarde. Sans être exceptionnel dans la littérature, le diverticule du péricarde n'a été vérifié que 3 fois; aussi les auteurs n'excluent-ils pas l'éventualité d'un dysembryome, d'un kyste dermoïde, voire même d'un neurinome.

Critique de certains aspects de l'artério-sclérose rétinienne. — M. J. Gallois pense qu'il est nécessaire d'isoler de l'aspect classique du liséré blanc, visible le long de la paroi artérielle, une forme clinique discrète limitée à la zone de la papille.

Péri-artérite segmentaire superficielle. (A propos de 2 nouveaux cas d'artérite de la temporale.) — M. L. Mathieu et Mlles S. et E. Hadot, après avoir observé 2 nouveaux cas, évoquent à l'aide des travaux publiés antérieurement en Amérique et en Angleterre les caractères cliniques de cette maladie.

De la coexistence du galop gauche avec le dédoublement du 1er bruit et avec le galop gauche protodiastolique. — M. C. Lian a récemment observé chez 3 malades la coexistence du galop pré-systolique et du dédoublement du 1er bruit. Il est banal de trouver sur ces phonocardiogrammes la coexistence de ces 2 types de galop. Mais il est exceptionnel de trouver ces deux galops chez un sujet dans une même séance d'auscultation. Cette éventualité signalée déjà dans un cas grave par Ch. Laubry et D. Routier accompagnait seulement, dans le cas de l'auteur, un début d'insuffisance ventriculaire gauche, sans aucun trouble fonctionnel.

Flutter auriculaire et périodes de Lucinni-Wenkeebnch. — M. A. Jouve.

L'association vitamine C et cyanure de Hg dans le traitement des artérites. — M. Mériel.

Rythme septal transitoire chez un neurotonique. — MM. J. Cottet, Chassagne et Renault.

R. Coronel.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

14 Février 1944.

Essai de traitement des ulcères gastriques et duodénaux par injections intra-veineuses d'autolysats de staphylocoques et de bacilles prodigiosus. — MM. Guy Albot, Tricard et H. Libaude rapportent les résultats concernant le traitement de 44 cas d'ulcères gastro-duodénaux. Les résultats sont surtout satisfaisants pour les ulcères de l'estomac.

Traitement de l'ulcère gastro-duodénnl par l'association bromure-atropine. Le salicylate de soude et le benzoate de diéthylamine. — M. F. Moutier dit que les résultats obtenus par la 1re méthode sont satisfaisants.

Carcinoïde du grêle. — M. Soupault.

Carcinoïde du grêle avec métastases hépatiques. — MM. Basset et Moutier.

A propos d'une invagination iléo-cæco-colique. — MM. A. Bergeret, P. Jacquet et P. Porcher.

A propos d'un cas de pseudo-diverticule de l'estomac et d'un double étranglement de l'estomac au niveau d'adhérences. — MM. Hillemand, Sauvage, Chérigié et Ledoux-Lebard.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Février 1944.

Disparition de douleurs thoraciques par infiltration sympathique. — M. Le Lourd. Des douleurs thoraciques, secondaires à un fibrothorax post-pleurétique et des troubles végétatifs associés, disparaissent définitivement par infiltration des ganglions stellaires et 3 premiers thoraciques.

Hémoptysie après phrénicectomie. Guérison par la novocaïne intraveineuse puis par l'antergan. — M. Le Lourd. Une phrénicectomie d'indication médiocre est immédiatement suivie de grosses hémoptysies pendant 25 jours, temporairement calmées par des injections intraveineuses de novocaïne et définitivement par l'antergan.

Hémoptysie prolongée entretenue par une calcification pleurale. Guérison par la novocaïne intraveineuse. — M. Le Lourd. Des hémoptysies importantes, répétées pendant 3 semaines, sont interprétées comme réactions vaso-motrices, provoquées par une épine irritative : une volumineuse plaque de pachypleurite calcifiée. Elles cèdent totalement en 4 jours par l'injection intraveineuse de novocaïne. La première injection a été pratiquée lorsque l'hémoptysie atteignait 2 crachoirs.

Vaccination des tuberculeux par l'anatoxine diphtérique. — M. Le Lourd. En milieu contagieux, il faut vacciner même les tuberculeux évolutifs. La réaction vaccinale, fréquente, est infiniment mieux supportée que la maladie diphtérique. La comparaison des cuti-réactions à la tuberculine, pratiquées avant et après vaccination, montre un fléchissement de la réaction cutanée tant que la guérison n'est pas obtenue. Cet examen peut être pratiqué comme un test pronostic.

A propos du traitement de la blennorragie : association de la pyrétothérapie vaccinale aux sulfamides thiazoliques. — MM. Darget, H. Duvergey et Muret ont utilisé dans le traitement des blennorragies rebelles ou compliquées le dmelcos associé à la thiazomide à raison de 24, puis 12, puis 8 comprimés par jour. Les résultats ont été plus constants qu'avec le propidon proposé par Michon et Grollet. 2 cas de prostatite, 1 littrite suppurée, 3 orchi-épididymites, 1 blennorragie sulfamido-résistante ont été considérablement améliorés en 4 à 10 jours : les épreuves de guérison ont montré la disparition du gonocoque au bout du 6e au 10e jour dans 6 cas sur 7. L'action des sulfamides paraît avoir été considérablement renforcée par la hausse thermique et les réactions de choc engendrées par le dmelcos. Les résultats éloignés ne sont pas encore connus, mais l'efficacité de cette méthode paraît incontestable et très rapide.

Astéréognosie (agnosie tactile) par gliome de la circonvolution pariétale inférieure droite. — MM. Delmas-Marsalet, Pauly et Jacques Faure. Lac... R., 35 ans, présentait depuis 1 mois et demi un état de dépression mentale, des crises d'hémicranie droite, de légers troubles de la vue et une diminution de la force des 2 membres gauches. L'examen montre une hémiplégie gauche, une stase papillaire bilatérale, l'absence de modifications du champ visuel et les troubles de la sensibilité suivants : alors que tact et piqûre, chaleur et froid, vibrations du diapason sont perçus normalement, la discrimination spatiale est troublée, la reconnaissance de la matière et de la forme des objets est abolie. Il s'agit donc d'une astéréognosie par agnosie tactile.

L'intervention (Prof. agrégé Pouyanne) montre l'existence d'une tumeur gliale située au niveau de la circonvolution pariétale inférieure droite, partie postérieure, dans la profondeur. Décès le lendemain. Ce cas semble vérifier la théorie qui fait de la pariétale inférieure, dans sa portion postérieure, le siège de l'astéréognosie par agnosie tactile. (Laboratoire d'anatomie pathologique du service de clinique des maladies nerveuses et mentales de la Faculté.)

Sur un cas de polysérite aiguë (à localisation particulièrement médiastinale). — MM. R. Dupérié, H. Monmayou, Mlle G. Rougier et M. P. Rumeau. Image de pleurésie médiastine supérieure droite, coexistant avec un petit épanchement liquidien pleural de la base droite et un épanchement péri-cardique, chez un sujet de 25 ans. Evolution fébrile. Disparition complète en 20 jours.

Syndrome d'anémie aiguë du type aplastique avec leucopénie et granulopénie curables au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. R. Dupérié, H. Monmayou et P. Rumeau. Au 30e jour d'une fièvre typhoïde est constaté un syndrome hématologique complexe (anémie aiguë, leucopénie, granulopénie, raréfaction extrême des globulines et des hématies granuleuses, absence d'hématies nucléées). La guérison a été obtenue, malgré une rechute de la typhoïde, par un traitement de transfusions sanguines répétées, d'injections intraveineuses et intramusculaires de nucléotide de pentose et par l'hépatothérapie.

A. Chabé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

25 Novembre 1943.

Sur le traitement chirurgical des cancers du côlon droit. — M. Peycelon analysant 20 observations de malades opérés, tire les conclusions suivantes :

Très souvent le cancer est vu à un stade trop avancé (50 pour 100 des cas) ;

Les signes occlusifs sont presque aussi fréquents qu'à gauche ;

La distension du grêle domine le pronostic immédiat et doit dicter les indications thérapeutiques, les seuls morts post-opératoires précoces concernant des opérés en occlusion du grêle :

La thérapeutique idéale est l'hémicolectomie droite qu'il a pratiquée 11 fois, après iléo-transversostomie termino-latérale au bouton de Villard. Lorsqu'il existe un néoplasme sténosant, peut-être serait-il préférable, avec M. Santy, d'utiliser une anastomose latéro-latérale. Quant à la question des exérèses en 1 ou 2 temps, c'est affaire d'indication, l'intervention simple étant réservée aux cas favorables, de par l'état général et plus encore de par l'absence de distension du grêle.

Un cas de luxation pathologique de l'épaule d'origine ostéomyélitique. — MM. Patel, Creyssel et Soustelle insistent sur le caractère très exceptionnel de cette complication de l'ostéomyélite. Ils distinguent ce type de luxation, consécutif semble-t-il à une arthrite aiguë qui a distendu l'articulation pour aboutir à une luxation antéro-interne sous-coracoïdienne sans lésions nettes des extrémités articulaires, des subluxations qu'on observe au cours de certaines arthropathies chroniques de l'épaule et qui relèvent de l'atrophie musculaire et du relâchement ligamentaire.

Désinsertion traumatique du long biceps. — MM. Ph. Rochet et Clert. Dans un premier cas vu précocement, le tendon fut retrouvé pelotonné au-dessus de la gouttière bicipitale. Il est simplement fixé par un clou, enfoncé haut sur la tête humérale. Résultats fonctionnels parfaits après 40 jours d'immobilisation. Le second blessé fut observé 4 mois après l'accident. Le tendon désinséré est retrouvé fixé par des adhérences à la gouttière bicipitale. Il est simplement retendu par plicature. Excellents résultats quant à la fonction bicipitale, mais douleurs persistantes à la mobilisation de l'épaule. M. Tavernier incrimine les restes du tendon désinséré dont il conseille l'ablation associée, dit-il, à la section du rameau articulaire sensitif du circonflexe, ainsi qu'il l'a proposé pour traiter les arthrites chroniques douloureuses de l'épaule.

Pancréatite aiguë expérimentale. — MM. Mallet, R. Jeanjean et J. Feldiro. Partant de l'hypothèse que les perturbations vasomotrices jouent un rôle essentiel dans le déterminisme des pancréatites œdémateuses, les auteurs, expérimentant sur le cobaye (excitation électrique du splanchnique gauche), apportent les conclusions suivantes :

L'excitation faible provoque une vasodilatation nette avec ou non œdème interlobulaire sans lésions cellulaires ;

L'excitation forte entraîne rapidement des lésions de pancréatite hémorragique. (Une série de coupes histologiques est projetée à l'appui.) Ainsi se trouve justifiée la splanchnicectomie gauche que M. Mallet a pratiquée dès 1942 dans le but de rompre l'arc réflexe et de supprimer ainsi les poussées œdémateuses dans l'évolution des pancréatites chroniques.

2 Décembre.

Angiome veineux de la main à localisation principale sur la gaine des tendons fléchisseurs des doigts. — M. M. Tavernier souligne la rareté de cette localisation qui n'est pas décrite par les classiques. On pouvait discuter entre l'amputation de l'index associée au traitement par les agents physiques des dilatations veineuses de la main et la dissection simple des paquets veineux après ablation de la tumeur. Ceci fut réalisé, une greffe à l'italienne, aux dépens de la face dorsale de la main opposée, recouvrant la perte de substance cutanée de l'index. Excellent résultat anatomique, orthopédique et fonctionnel.

Ptose rénale et troubles intestinaux. Heureux effets de la néphropexie. — M. Perrin. Les troubles intestinaux qui parfois dominent la scène clinique des ptoses rénales ne semblent pas de nature réflexe mais relèvent d'une cause mécanique, à savoir la ptose intestinale concomitante, que la chute du rein provoque la ptose colique ou que « la fixité du rein soit fonction de l'accolement des côlons ». La néphropexie donne là des résultats surprenants, témoin 2 observations. Encore convient-il de ne pas isoler complètement le rein lors des manœuvres opératoires, mais de lui garder en avant ses connexions intestinales.

A propos des récidives des hernies inguinales opérées chez l'homme. — M. de Rougemont. L'origine du péritoine qui forme le sac de certaines variétés de récidive de hernies inguinales est double : ou bien c'est l'infundibulum péritonéal qui, distinct du canal péritonéo-vaginal, se trouve au point où le cordon croise l'artère épigastrique, ou bien ce péritoine appartient à la fossette inguinale moyenne. C'est pourquoi l'auteur préconise, suivant une technique qu'il décrit longuement, la résection large du péritoine dans la cure radicale des hernies inguinales. Il isole ainsi un second sac aussi important que le sac isolé d'abord. La paroi est reconstituée avec soin, quel que soit le procédé utilisé.

— M. Tavernier s'étonne qu'on cherche des techniques nouvelles alors que le procédé de Bassini donne, pour peu qu'on l'exécute correctement, des résultats, dit-il, régulièrement excellents.

Valeur de l'ostéotomie sous-trochantérienne dans le traitement de la coxa-vara congénitale à fissure verticale. — MM. Guilleminet et Stagnara ont vu 4 excellents résultats en des formes unilatérales et un échec dans une forme bilatérale où les deux hanches furent traitées à un mois d'intervalle seulement. Discutant la pathogénie, les auteurs rappellent que l'ostéotomie, tout comme dans les pseudarthroses du col du fémur, supprime l'action du cisaillement du col qui aggravait la déformation et s'opposait à l'ossification de la zone mal formée. Ainsi doit-elle garder une place de choix à côté de l'enchevillement cervical par greffe.

Résection diaphysaire pour ostéite du cubitus. — M. Ph. Rochet. Jeune homme de 21 ans porteur depuis 3 mois d'une ostéite de la diaphyse cubitale droite, consécutive à un anthrax de la nuque. Stabilisation des lésions par immobilisation plâtrée. Diaphysectomie sous-périostée. Pansement à plat, plâtre. 9 mois plus tard, cicatrisation complète, sans trace d'infection résiduelle, mais résultats fonctionnels médiocres. Anatomiquement, régénération très imparfaite du cubitus. L'auteur insiste sur la valeur de la simple immobilisation plâtrée. La possibilité de régénération osseuse médiocre, surtout chez l'adulte, doit faire discuter l'indication de la résection diaphysaire suivant le segment osseux envisagé.

Corps étranger intra-péritonéal toléré pendant 11 ans. Pénétration tardive dans le grêle. — MM. Mallet-Guy et R. Guillet. Il s'agissait d'une pince hémostatique. La malade souffrant depuis 1 an seulement d'un syndrome de subocclusion. L'intervention montre un paquet d'anses grêles agglutinées masquant totalement le corps étranger. Toute dissection est impossible. Résection en masse. Anastomose termino-terminale au bouton de Villard. Guérison. L'examen de la pièce montre que la pince est, par place, à l'intérieur même de la cavité intestinale. Un mors a disparu par érosion.

R. Guillet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

17 Décembre 1943.

Sur quelques observations récentes d'affections à virus neurotrope. — MM. Nayrac, Linquette, Fontan et Graux rapportent 6 observations de névraxites très polymorphes cliniquement, mais ayant toutes présenté une réaction biologique du liquide rachidien. Ils insistent sur l'actuelle recrudescence de ces syndromes qu'ils rattachent à l'existence d'un virus neurotrope.

Polynévrite diphtérique avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — MM. Warembourg, Linquette et Fontan. Observant une polynévrite de type cérébello-ataxique après une diphtérie pharyngée, les auteurs signalent la procession des troubles du liquide céphalo-rachidien sur la paraplégie, la longue durée du syndrome (plus de 3 mois 1/2), l'inaction des traitements sériques, strychnique et viraminiques B et C. Ils concluent à une intoxication diphtérique plutôt qu'à une infection à virus méningo-neurotrope.

Ostéomyélite secondaire à un phlegmon de la main et masquée par une sulfamidothérapie insuffisante. — MM. Muller et Guidoux insistent sur la fausse sécurité que donnent les sulfamides employées à doses trop faibles.

Ectopie rénale croisée. — MM. A. Verhaeghe et F. Vandendorp rapportent l'observation d'un sujet de 41 ans chez qui une tumeur abdominale de siège para-sous-ombilical droit se révéla par les examens complémentaires être un rein gauche ectopique croisé libre. Il n'existait pas de signes fonctionnels urinaires, mais une banale douleur de la fosse iliaque gauche. La pyélographie ascendante et la division des urines sont utiles, non seulement pour préciser le diagnostic, mais aussi pour éclairer la conduite à tenir.

A propos de l'infiltration du ganglion hypogastrique chez l'homme; ses indications. — MM. R. Ducrocq et P. François ont essayé, à la lumière des notions actuelles de physiologie, de poser les indications éventuelles de leur méthode. Ils la préconisent d'une part comme moyen thérapeutique, en particulier dans les cystites, l'incontinence d'urine et l'impuissance génitale ; d'autre part, comme moyen de complément dans les pertes interventions pelviennes, telles la cystoscopie et les manœuvres endovésicales.

Apnée et cyanose suivies de mort chez 9 frères. — MM. Christiaens et Gautier. Le syndrome se présente comparable chez 3 nouveau-nés qui vivent respectivement 2, 4 et 11 jours. Pas de prématuration nette. Pas de spécificité apparente. Accouchements eutociques, 2 fillettes ont vécu normalement.

L'hypothèse d'une étiologie génétique, voire dans ce cas d'une hérédité liée au sexe, mérite d'être posée devant une telle rencontre.

Dermite syphiloïde de Sevestre et Jacquet persistant depuis la naissance chez un enfant de 9 mois. Guérison rapide par un traitement sulfamidé. — MM. Bertin, Huriez et Leborgne.

A propos de l'infiltration du ganglion hypogastrique par voie périnéale. — MM. Patoir et Watel.

Kyste du ménisque externe du genou. — MM. Delannoy, Vandecasteele et Verhaeghe.

28 Janvier 1944.

4 cas de tumeurs du cervelet à symptomatologie fruste ou larvée chez l'enfant. — MM. Pierret, Driessens, Christiaens et Gautier. Granulie avec tuberculome silencieux découvert à l'autopsie. Hémiplégie spastique avec encéphalite tumorale ponto-cérébelleuse. Méningite tuberculeuse et tuberculome volumineux. Hémorragie méningée et gliome malin hémorragique, sans lésions du fond d'œil.

Crises d'hémispasme facial déclenchées par les paroxysmes douloureux d'un ulcère d'estomac. — MM. C. Auguste et J. Paris rapportent l'observation d'une malade atteinte d'ulcère gastrique et présentant un hémispasme facial paraissant correspondre à la forme dite périphérique autonome. Les crises d'hémispasme déclenchées par les paroxysmes douloureux apparaissant au cours des poussées ulcéreuses disparurent à la suite de la gastrectomie.

A propos de 19 observations de pleurésies tuberculeuses traitées par la vitamine D à doses massives. — MM. Doumer, Gineste et Lorriaux. Dans 19 cas de pleurésie, administration par voie orale d'une ampoule de 15 mg. de vitamine D_2 tous les 4 jours, en moyenne 120 à 225 mg. L'évolution est nettement écourtée : résorption complète ou à peu près complète de l'épanchement en 10 ou 15 jours. Chute rapide de la fièvre. Poids stabilisé ou en progression. Action spectaculaire dans un cas de pleurésie purulente tuberculeuse.

La vitamine D dans ces cas ne paraît pas modifier le métabolisme phospho-calcique. Elle agit sur le terrain en le renforçant par un mécanisme encore mal précisé.

Considérations anatomophysiologiques sur l'ectopie testiculaire. Indications thérapeutiques. — MM. P. Swynghedauw et V. Renard. L'examen anatomique de 20 fœtus d'âges différents (4 et 7 mois) et l'analyse de 343 cas d'ectopie testiculaire traités par des procédés divers (chirurgie, traitement hormonal) montrent qu'il faut attribuer un rôle primordial au pédicule vasculaire du testicule dans le phénomène de la migration. C'est par allongement suffisant du cône vasculaire que la glande descend au fond des bourses. En cas d'ectopie sans obstacle mécanique (fibrose à l'entrée des bourses, tractus fixant la glande aux parois du canal) on peut favoriser le développement du pédicule vasculaire spermatique en s'adressant au sympathique lombaire. La section (physiologique) du relai ganglionnaire détermine un accroissement des vaisseaux du cordon et cet accroissement se fait aussi bien dans le sens longitudinal qu'en diamètre. L'allongement vasculaire aurait ainsi pour effet de pousser la glande en position normale déclive au fond des bourses.

Sur 2 cas de syndromes malins diphtériques prolongés à expression broncho-pulmonaire. — MM. Warembourg, Linquette et Fontan rapportent 2 observations où des diphtéries malignes, dont l'évolution se prolongea 7 jours et 13 jours, présentèrent une expectoration extrêmement abondante, contrastant avec un minimum de signes sthétacoustiques. Ils soulignent la rareté des manifestations broncho-pulmonaires de ce type dans les syndromes malins diphtériques.

L'infiltration hypogastrique chez l'homme. Quelques résultats cliniques. — MM. J. Merlen, R. Ducrocq et P. François rapportent 6 observations de malades chez lesquels ils ont essayé leur méthode d'infiltration hypogastrique. Chez 5 d'entre eux l'infiltration était dirigée contre l'impuissance sexuelle fonctionnelle : 4 succès complets et durables. La 6e observation est celle d'un scléreux en plaques dont l'incontinence d'urine a disparu après 2 infiltrations.

Scoliose réductible chez une jeune fille de 20 ans par longueur inégale des membres inférieurs. — M. A. Verhaeghe fait remarquer que des scolioses sont dépistées de plus en plus fréquemment à l'occasion des examens systématiques des enfants d'âge scolaire ou sportif. La découverte d'une telle déformation devrait amener à faire vérifier s'il ne s'agit pas d'une scoliose par longueur inégale des membres inférieurs, car dans de tels cas, d'ailleurs classiques, la déformation vertébrale est supprimée par le port d'une simple cale talonnière.

Syphilis présérologiques. — MM. R. Dumont et J. Desruelles ont observé 301 cas de syphilis primaire chez des prostituées ; 70 ont été diagnostiquées avant la positivité des réactions sérologiques. La fréquence de ces syphilis préhumorales vraies provient de la mise en observation à l'hôpital non seulement des prostituées contaminatrices mais aussi de celles qui sont susceptibles d'avoir été contaminées : 31 chancres sont apparus au cours même de l'hospitalisation.

Réticulose histiomonocytaire à forme ganglionnaire pure et généralisée. — M. Driessens, Mlle Cornillot, MM. Gautier et Herbeau. Chez un homme de 69 ans, tableau de lymphadénie avec tuméfaction principale axillaire droite très radiosensible : 2 nouvelles poussées ganglionnaires de plus en plus radiorésistantes ; mort dans un état de déchéance profonde avec adénopathies généralisées. A l'autopsie, infiltration du foie, de la rate, du pancréas, organes cliniquement indemnes.

Présentation d'un appareil simple pour la réduction et la contention des fractures du cotyle avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale. — MM. Delannoy et Vandecasteele. Un tire-fonds de Lambotte fiché dans le col, une plaque métallique et un ressort à boudin réalisant la contre-extension sur une culotte plâtrée constituent cet appareil qui réalise le principe de certains tire-bouchons mécaniques. La réduction est très aisément obtenue et la contention grandement facilitée.

Volumineux astrocytome kystique du cervelet chez une fillette de 9 ans. Exérèse chirurgicale. Guérison. — MM. Pierret, Laine et Christiaens.

De la puissance de régénération osseuse chez l'enfant. Application à la chirurgie des tumeurs bénignes des os. — MM. Swynghedauw, Lainé et Renard.

R. PIERRET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

29 Octobre 1943.

Radiothérapie de contact. — MM. J. Calvet et P. Marques. Les indications de la méthode de Chaoul sont toutes celles de la curiethérapie de surface ou de la rœntgenthérapie superficielle à feu nu. Mais c'est plus spécialement pour les applications endo-cavitaires que le tube de Chaoul et surtout le tube à anticathode inclinée et localisateur coudé offrent des commodités d'emploi qui le rendent pratiquement irremplaçable.

Une observation de tumeur mélanique du rectum. — MM. Grimoud et Lhez ont eu l'occasion d'observer un cas de ce très rare type anatomo-pathologique de tumeur rectale maligne ; c'est le premier cas observé au Centre anti-cancéreux de Toulouse sur plusieurs centaines de cancers du rectum.

Le devenir des anastomoses colo-rectales après résection abdominale du rectum. — M. Grimoud a eu l'occasion de pratiquer 5 fois l'opération décrite par Bergeret et Livory ; 3 opérés sont suivis respectivement depuis 30 mois, 14 mois et 14 mois, par des examens rectoscopiques et radiographiques en série ; à côté d'un résultat très bon, l'auteur a vu 2 anastomoses évoluer vers le rétrécissement progressif.

Ovaire et thyroïdes. — M. Pierre Fabre. Les interrelations entre les 2 glandes sont un fait bien connu. L'auteur présente une observation d'allure quasi expérimentale.

Présentation d'un appareil pour l'enclouage direct extra-articulaire des fractures du col du fémur. — M. Rieunau a mis au point, en s'inspirant des idées de Danis (Bruxelles), un appareil facile à utiliser sans compétence spéciale en traumatologie, dont les dimensions ne dépassent pas celles d'un instrument de chirurgie courante, indépendant de la table orthopédique et non fixé sur l'os.

Iléo-sigmoïdo-anastomose en miniature dans un cas d'appendicite. — M. Berges.

Sur un cas de péritonite aiguë à pneumocoques chez un homme de 62 ans. Intervention. Guérison. — MM. Dieulafé et Poulhes.

Trouble fonctionnel d'une gastrectomie guéri par infiltration du splanchnique. — M. Pierre Fabre.

Ostéolyse massive des branches du pubis et de la 5e lombaire par ostéose cancéreuse. Réparation presque intégrale sous l'influence de la radiothérapie. — MM. J. Ducuing et P. Marques.

26 Novembre.

Au sujet du traitement des fractures des deux os de l'avant-bras. — MM. Lefebvre et Laurens. A l'occasion d'un nouveau cas de fracture des 2 os de l'avant-bras, avec déplacement important et 3e fragment cubital, les auteurs soulignent l'inefficacité du traitement orthopédique et la nécessité de recourir alors au traitement chirurgical.

Tactique traumatologique des fractures du col du fémur. — M. Rieunau a recherché toutes ses observations personnelles depuis 10 ans et a retenu celles qui étaient complètes. Elles sont au nombre de 62.

La tactique traumatologique est, d'après l'auteur, la suivante : appareil plâtré, type Whitmann, dans les fractures trochantériennes ; enclouage dans les fractures cervicales. Dans certains cas, l'indication de l'enclouage « d'urgence » se posera chez le vieillard pour le mettre dans de meilleures conditions de défense contre les dangers du décubitus.

Le temps pariétal des pneumotomies pour abcès, sans résection costale. — M. Paul Dambrin. Le premier temps de résection pariétale classique avec résections costales étendues aggrave l'état du malade, parce qu'il réalise une collapsothérapie inopportune et gêne considérablement l'expectoration.

Pour pallier à ces inconvénients, tout en conservant les avantages de l'opération en 2 temps, on peut utiliser la technique suivante : réséquer les espaces intercostaux en conservant les côtes déjà libérées qui resteront comme autant d'arches de pont sur la plèvre pariétale affaissée.

Le 2e temps commencera par la section première des côtes.

Différences d'évolution entre ulcère gastrique et ulcère duodénal. — M. Darnaud.

Pyométrie chez un nourrisson. — M. Cros.

17 Décembre.

Sténose pyloro-duodénale et cancer du pancréas. — M. R Dieulafé et J. Gadrat. Une tumeur du pancréas ayant entraîné comme premier et seul signe un syndrome de sténose pylorique absolu nécessita d'urgence une gastro-entérostomie au bouton. Après une phase d'amélioration, apparut un ictère, puis des vomissements. Une radiographie montra l'arrêt du bouton dans la 2e portion du duodénum, au niveau du siège de la sténose par la tumeur pancréatique.

Sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux. — M. Sarroste fait peu de différence entre les ulcères pyloriques et ceux du bulbe duodénal. Il préfère la G. E. A. à la gastrectomie pour exclusion lorsque l'ulcère est enlevable.

Deux cas de fractures de Monteggia chez l'adulte. — MM. Estrade et Enjalbert rapportent 2 cas de fractures de Monteggia chez l'adulte traitées par les seuls moyens orthopédiques et insistent sur 2 conditions qui leur paraissent essentielles : traitement d'urgence sous anesthésie générale ; traction longuement prolongée dans l'axe, avant de pratiquer la rétropulsion de la tête radiale luxée.

A propos des luxations du coude avec interposition de l'épitrochlée fracturée. — MM. Cahuzac et Gouzy rapportent 3 cas de luxation du coude irréductible par fragment épitrochléen interposé. Les manœuvres orthopédiques ont réussi à elles seules à réduire la luxation et la fracture par la technique de Fèvre et Roudaitis.

Réflexion sur la chirurgie du Basedow. — M. J. Virenque. 45 thyroïdectomies pour goitre exophtalmique de forme moyenne ou grave ont été suivies d'une mort, d'une paralysie récurrentielle unilatérale transitoire et de 2 myxœdèmes frustes. La qualité de la guérison a été dans l'ensemble remarquable ; à signaler, chez la femme, la disparition de la frigidité, si fréquente chez la basedowienne.

Un nouveau cas de lipome du larynx. — MM. Jean Calvet, Constant et Rebeyrolle, prenant objet d'étude de ce cas et d'une observation analogue publiée en 1938 par J. Ducuing et J. Calvet, font une étude générale de la question en se basant, d'autre part, sur une très importante bibliographie qui leur a permis de réunir 57 cas de lipomes du larynx.

Sur un lithopédion (présentation de pièces). — M. P. Fabre.

G. LAZORTHES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

6 Décembre 1943.

Septicémie à staphylocoques. Guérison par traitement iodo-sulfamidé. — MM. Yves Bourde et Georges Brest. Cette septicémie qui résistait aux sulfamides seuls n'a été jugulée que par l'association de 12 g. de 1162 F avec 3 g. 50 d'iode *pro die*. Ainsi, une fois de plus, sont confirmés les préceptes de Legroux.

A ce propos les auteurs résument le résultat de leur expérience du traitement sulfamidé en chirurgie générale : remarquables résultats de la sulfamidothérapie préventive, notamment dans la protection des séreuses ; bons effets de la S. curative contre les complications parties des foyers infectieux ; action très médiocre et souvent nulle sur les foyers suppurés eux-mêmes (sauf les salpingo-ovarites suppurées). Ils en concluent que, comme par le passé, les suppurations doivent être confiées, sans tarder, à la surveillance et à l'action du chirurgien.

Considération sur 14 cas de péritonites typhiques observées au cours de l'épidémie de La Ciotat. — M. Montfort. M. J. Dor, rapporteur, retient 7 observations où l'intervention a été pratiquée. Il souligne à nouveau l'importance de la recherche du pneumopéritoine dans tous les cas douteux. L'auteur apporte 3 cas de guérison dans ses observations : fait assez nouveau dans notre région provençale où jusqu'à présent la gravité de la maladie n'avait jamais permis un aussi beau résultat. La technique suivie fut la suivante : anesthésie locale, incision iliaque droite, enfouissement de toutes les plaques suspectes, pas d'extériorisation, aspiration péritonéale et drainage.

13 Décembre.

A propos des sarcomes sus-aponévrotiques. — M. Imbert. A propos d'une observation de sarcome superficiel de la région ano-coccygienne chez un enfant de 3 ans, l'auteur montre l'impossibilité de la clinique seule à faire un diagnostic de malignité. Il insiste ensuite sur la tendance à la récidive locale de ces sarcomes sus-aponévrotiques, récidive qui paraît revêtir un caractère plus malin à chaque nouvelle reprise de l'affection. Il oppose enfin la gravité des sarcomes profonds (85 pour 100 de mortalité) au moins mauvais pronostic des sarcomes sus-aponévrotiques (40 pour 100 de mortalité).

Péritonite généralisée ; premier signe d'un abcès du foie. — MM. Lamy et Bonifcaci. Homme de 55 ans présentant une péritonite généralisée d'allure appendiculaire. La laparotomie montre qu'elle est due à la perforation d'un abcès central du foie. Assèchement de la cavité péritonéale après complète évacuation de l'abcès ; Mikulicz sous-hépatique et sulfamidothérapie. Guérison.

Après coup on retrouve les antécédents amibiens datant de 1914 et l'histoire clinique complète peut être reconstituée. Les auteurs insistent sur la relative rareté de ce cas, sur la difficulté du diagnostic de la cause de la péritonite en l'absence des antécédents, sur la latence totale de l'abcès et l'intérêt de l'assèchement complet de la cavité péritonéale dans la simplification des suites opératoires.

Kyste hydatique du foie calcifié rompu dans la vésicule biliaire. — MM. L. Dejou et R. Julien-Vieroz donnent l'observation d'un kyste évoluanr avec la symptomatologie de coliques hépatiques à répétition. La perforation dans la vésicule biliaire a été traitée ici par l'extirpation du kyste et par la cholécystostomie. La guérison complète a été obtenue en un mois et demi. La vésicule qui était exclue avant l'intervention reprit sa perméabilité le 10e jour après le drainage. Une exploration radiologique montre que, 3 mois plus tard, elle participe au transit normal de la bile, qu'elle s'injecte et se vide dans des conditions normales. La cholécystectomie ne paraît donc pas à faire puisque la cholécystite hydatique est parfaitement curable par le drainage. Par ailleurs, la cholécystostomie réalise une soupape de sûreté contre l'obstruction du cholédoque dans les suites opératoires. Quant à la conduite à tenir vis-à-vis de la poche calcifiée, elle doit tendre vers l'extirpation complète qui évite les fistulisations prolongées, mais elle doit tenir compte des difficultés propres à certains cas et savoir choisir entre la décortication idéale, la marsupialisation pure et simple et l'excochléation ou décapage interne des fragments qui se laissent extirper fragmentairement.

20 Décembre.

Pneumatose kystique de l'intestin grêle. — MM. J. Dor, P. Michel et Bourret rapportent une observation typique de P. K. I. concernant un homme de 45 ans opéré pour un syndrome de sténose incomplète du pylore par ulcus prépylorique probable. Au cours de la laparotomie on découvre effectivement un volumineux ulcère en avant du pylore, et par hasard, dès l'ouverture, en soulevant la paroi pour placer les champs protecteurs, une masse polykystique de l'intestin grêle appendu sur son bord libre et dont l'aspect et la consistance appelaient assez celle d'un épiploon infiltré de gaz. Il existait au moins 6 foyers de P. K. sur les 3 premiers mètres de l'intestin. Une biopsie fut réellement justifiée. Les masses polykystiques furent abandonnées purement et simplement. L'intervention consista seulement en une gastrectomie des 2/3. Suites parfaites. Le malade sortit de l'hôpital au bout du 20e jour se déclarant parfaitement guéri. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de kystes à revêtement épithélial ou endothélial. On a noté des aspects inflammatoires péri-kystiques et la présence de cellules géantes.

Les auteurs discutent brièvement la pathogénie de la P. K. I. qui, selon eux, est vraisemblablement une maladie kystique dysembryoplasique.

Sur un procédé simple de traitement chirurgical des rétrécissements infranchissables de l'urètre accompagnés de fistules périnéales. — M. Letac. M. Dejou, rapporteur. En milieu indigène africain, la blennorragie qui est extrêmement répandue et négligée détermine chez l'homme des rétrécissements de l'urètre infranchissables et graves avec des abcès urineux, des fistules multiples, entrainant un état scléreux des tissus périnéoscrotaux allant parfois jusqu'à l'éléphantiasis monstrueux.

L'urétrotomie interne est souvent impraticable, même après la mise au repos de l'urètre par cystostomie.

L'urétrotomie externe est nécessaire. Elle doit être toujours précédée par une cystostomie qui permet de trouver aisément le bout postérieur de l'urètre rétréci et favorise les temps de réfection.

L'urétrorraphie idéale après urétrectomie est rarement praticable. De même la réfection d'un canal urétral épidermique par autoplastie étant donné l'état de sclérose des tissus périnéaux.

Après avoir pratiqué la résection du rétrécissement des tissus scléreux péri-urétraux, il faut alors se contenter de refaire un canal conjonctif moulé sur une sonde à demeure par les sutures des parties molles du périnée. Cette suture se pratique en un temps (Deloma) et en deux temps (Letac). Ce dernier auteur utilisant les pansements sulfamidés pour obtenir la stérilisation du foyer entre les deux temps.

Les résultats immédiats sont bons. Les résultats à distance sont problématiques : beaucoup de malades étant perdus de vue et ne se soumettant pas aux dilatations périodiques absolument nécessaires après cette modalité de réfection urétrale.

Luxation externe récidivante de la rotule. Présentation de malade. — MM. L. et P. Artaud.

39 cas de rétrécissement infranchissable de l'urètre en milieu indigène. Traitement chirurgical. — M. Delom.

J. LAMY.

N° 10

20 Mai 1944

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

La novocaïne intrapéritonéale dans le traitement de la douleur de l'ulcère gastro-duodénal

On sait depuis longtemps qu'il est possible d'injecter sans danger des médicaments dans la cavité péritonéale et à notre époque où la thérapeutique de la douleur fait souvent appel aux procédés de l'anesthésie locale chirurgicale, il n'est pas étonnant qu'on ait songé à injecter de la novocaïne dans le péritoine pour traiter certains syndromes douloureux abdominaux. Ce procédé qui a été utilisé avec succès par MM. Ameuille et Lebourg[1] dans le traitement des manifestations douloureuses de l'entérite tuberculeuse peut également être employé pour calmer les douleurs de l'ulcère gastro-duodénal, ainsi que nous l'avons récemment signalé à la Société de Gastro-Entérolgie[2].

Le nombre des ulcéreux que nous avons ainsi traités atteint actuellement le total de 82. Tous ces sujets ont reçu de la novocaïne dans le péritoine à un moment où ils souffraient de douleurs intenses et nettement caractérisées, aussi près que possible du début d'une période douloureuse pour ceux qui souffraient périodiquement, ou après plusieurs mois de douleurs ininterrompues pour ceux qui souffraient de façon continue. Aucun autre traitement ne fut institué pendant la période d'observation et le régime alimentaire ne fut pas modifié. Certains malades bénéficièrent du repos à l'hôpital ; d'autres furent traités à la consultation externe sans interrompre leurs occupations.

Technique d'injection. — Le lieu d'injection habituellement choisi est un point épigastrique situé sur la ligne médiane à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Il est prudent de s'assurer que le foie n'est pas hypertrophié afin de ne pas s'exposer à le blesser. Chez les malades ayant subi antérieurement une laparotomie médiane, nous injectons à distance de la cicatrice, à droite ou à gauche, suivant le siège de la douleur.

La technique de l'injection est simple et facile. Le malade, demeuré à jeun, est allongé sur le dos, le siège relevé par un coussin. Au moyen d'une aiguille à biseau court, d'un calibre d'environ 10/10 *mm.* et d'une longueur de 6 à 7 *cm.*, nous traversons en un seul temps la paroi et pénétrons franchement dans la cavité péritonéale en recommandant au patient d'éviter de faire de grands mouvements respiratoires. Puis, après avoir exercé une traction sur le piston de la seringue pour vérifier qu'il n'y a pas de reflux de sang, nous injectons lentement la solution de novocaïne préalablement tiédie.

Le malade reste ensuite allongé pendant deux heures, au bout desquelles nous lui permettons de se lever et, le cas échéant, de regagner son domicile.

Emploi d'une solution huileuse. — Pour nos premiers essais, guidés par le désir d'obtenir une anesthésie prolongée, nous avons eu l'idée d'injecter une solution huileuse à pouvoir anesthésique élevé et durable, utilisée par certains auteurs pour l'infiltration du sphincter dans le traitement de la fissure anale et répondant à la formule suivante : para-aminobenzoate d'éthyle 4 *g.*, aminobenzoate de butyle 2 *g.*, novocaïne basique 0,50 *g.*, excipient huileux q. s. pour 100 *cm*³.

Les résultats obtenus au moyen de cette préparation que nous avons injectée à la dose de 10 ou 20 *cm*³ se sont montrés des plus encourageants en ce qui concerne l'action sur la douleur ulcéreuse et sur 44 malades ainsi traités, 28 se sont déclarés nettement soulagés à la suite de l'injection.

L'accalmie s'est manifestée dans la plupart des cas le lendemain et pour les autres cas le surlendemain de l'injection. 16 de ces sujets ont continué à ressentir de légères douleurs après les repas et les 12 autres bénéficièrent d'un calme absolu. L'un d'eux, porteur d'un ulcère juxtapylorique, qui vomissait après chaque repas cessa brusquement de souffrir et de vomir le lendemain de l'injection.

L'accalmie ainsi obtenue dura dans tous les cas au moins huit jours, au bout desquels certains patients sentirent leurs douleurs réapparaître progressivement. Dans plusieurs cas nous avons pu faire à ce moment une seconde injection qui fut suivie d'une nouvelle accalmie d'une huitaine de jours. L'un de nos patients fut ainsi soulagé de façon très efficace à 3 reprises successives.

Malheureusement nous nous sommes aperçu assez rapidement que la solution huileuse utilisée n'est pas toujours bien tolérée par le péritoine. Certains de nos patients présentèrent à la suite de l'injection des réactions abdominales parfois désagréables : endolorissement passager de l'épigastre, sensation persistante d'engourdissement de l'hypocondre droit, débâcles diarrhéiques accompagnées ou non de petites coliques, nausées et plus rarement vomissements. Bref, nous avons observé une série de petits incidents dépourvus de gravité, mais assez fréquents et gênants pour nous amener à renoncer à l'emploi de la solution huileuse et à entreprendre une seconde série d'essais au moyen de solutions aqueuses de novocaïne.

Emploi de solutions aqueuses. — Dans cette seconde partie de notre travail, afin de pouvoir faire varier plus aisément la dose de novocaïne introduite dans le péritoine, nous avons employé des solutions de concentrations diverses, variant de 0,50 à 1, 2, 5 jusqu'à 10 *g.* pour 100 *cm*³ de sérum physiologique (sans adrénaline). La dose de novocaïne injectée a varié de 0,10 à 0,75 *g.*

Ces solutions ont été parfaitement tolérées par le péritoine. Toutefois certains sujets qui avaient reçu une dose de novocaïne un peu forte (représentant plus de 1 *cg.* par kilogramme de poids corporel) ont présenté des manifestations d'ordre toxique : tremblements, vertiges, bouffées délirantes qui disparurent en quelques minutes ou quelques heures sans laisser de traces.

L'action sur la douleur ulcéreuse s'est montrée dans l'ensemble comparable à celle de la solution huileuse, mais contrairement à notre attente nous avons constaté qu'il n'y a pas grand avantage à augmenter considérablement la dose de novocaïne injectée dans le péritoine. Les doses faibles se montrent en pratique presque aussi efficaces que les doses les plus fortes et, dans la limite de nos essais, la proportion des résultats favorables reste à peu près la même, quelles que soient les concentrations et les doses utilisées.

Sur 38 ulcéreux ainsi traités, 10 n'ont ressenti aucune modification et 9 autres n'ont éprouvé qu'une légère diminution de leurs douleurs. Les 19 autres déclarent que leurs douleurs ont considérablement diminué ou complètement disparu. Pour ce dernier groupe, la sédation de la douleur a été presque immédiate et s'est manifestée au plus tard une ou deux heures après l'injection.

L'accalmie ainsi obtenue a duré dans tous les cas au moins trois ou quatre jours et souvent davantage. Chez quelques sujets les douleurs ne sont pas réapparues. Chez d'autres malades, elles sont réapparues progressivement sans atteindre toutefois la même intensité qu'avant l'injection et dans la plupart des cas nous avons pu faire à ce moment une seconde injection qui fut suivie d'une nouvelle accalmie. Certains malades ont été ainsi soulagés de façon très efficace à 3 ou 4 reprises successives.

On voit que par comparaison avec la solution huileuse, les solutions aqueuses, beaucoup mieux tolérées par le péritoine, paraissent exercer sur la douleur ulcéreuse une action plus rapide mais un peu moins durable. La proportion des résultats favorables paraît un peu moins forte, 19 sur 38 (soit 50 pour 100) au lieu de 28 sur 44 (soit 63 pour 100), mais nos observations ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse tirer une conclusion de ce rapprochement.

Pouvons-nous admettre que les résultats qui viennent d'être rapportés démontrent l'efficacité du traitement expérimenté ? L'objection qu'on peut nous faire est qu'il n'est pas rare de voir la douleur de l'ulcère se calmer brusquement chez des malades qui ne suivent aucun traitement et que les observations que nous considérons comme favorables ne traduisent peut-être que d'heureuses coïncidences.

Il est évident que le hasard a pu dans certains cas faire que notre intervention précède de peu la terminaison spontanée d'une poussée douloureuse, et nous admettons volontiers que de pareilles rencontres ont pu majorer un peu la proportion des résultats apparemment favorables. Mais, dans la plupart des cas heureux que nous avons observés, l'accalmie qui a suivi l'injection intrapéritonéale est apparue dans un délai si bref, qu'il semble difficile de mettre en doute l'efficacité de ce traitement. Plus démonstratives encore sont les observations où nous avons vu la douleur, calmée par une première injection, réapparaître au bout de quelques jours, puis disparaître à nouveau sous l'influence d'une seconde injection. Certains malades ont été ainsi soulagés à 3 reprises successives, dans des conditions qui démontrent clairement que les accalmies ainsi provoquées ne peuvent être dues qu'à l'action anesthésiante de la novocaïne.

La conclusion de nos essais est en somme que l'injection intrapéritonéale de novocaïne soulage efficacement les douleurs de l'ulcère dans la moitié environ des cas ainsi traités.

Nous avons cherché à découvrir s'il existe des circonstances permettant d'expliquer l'échec ou le succès de ce traitement. Nous avons comparé notamment les résultats obtenus suivant la localisation anatomique ou le stade évolutif de l'ulcère sans pouvoir recueillir aucune indication intéressante. La seule remarque qui mérite d'être signalée est que les succès les plus démonstratifs ont été obtenus dans le cas d'ulcères largement excavés de la portion verticale de la petite courbure.

Il nous reste à indiquer brièvement les règles d'application pratique de ce traitement.

Sur le choix de la solution à injecter, il n'y a pas d'hésitation possible. La solution huileuse n'est pas assez bien tolérée pour qu'on puisse en recommander l'emploi et seules doivent être utilisées les solutions aqueuses de novocaïne, qui peuvent être injectées sans risque. Toutefois, afin de tenir compte des susceptibilités individuelles et se mettre à l'abri des incidents d'ordre toxique, il convient d'éviter l'emploi d'une concentration supérieure à 5 pour 100 et de ne pas dépasser la dose de 7 à 8 *mg.* de novocaïne par kilogramme de poids corporel. On injectera par exemple 20 *cm*³ de la solution à 2 pour 100 chez un sujet amaigri et 10 *cm*³ de la solution à 5 pour 100 chez un sujet conservant un bon état général.

La seule contre-indication nous paraît être la menace de perforation. Quant aux indications de la méthode, elles peuvent se résumer ainsi :

L'injection intrapéritonéale de novocaïne peut être utilisée avec avantage chaque fois qu'un ulcéreux souffre de *douleurs continues ou intolérables, résistant aux médications usuelles.* Ce traitement peut notamment être très utile pour faire attendre dans le calme les ulcéreux qui doivent être opérés.

Lorsqu'un ulcéreux a été soulagé par une première injection, il est indiqué de renouveler l'injection chaque fois que la douleur réapparaît. Lorsqu'un ulcéreux n'a pas été soulagé par une première injection, il n'est pas inutile de tenter une seconde injection qui peut se montrer plus efficace que la première.

Remarquons, en terminant, que nous n'avons fait aucune constatation permettant de supposer que l'injection intrapéritonéale de novocaïne est capable de modifier l'évolution de l'ulcère. Nous tenons à souligner que ce procédé doit être considéré comme un traitement purement symptomatique, dont l'emploi ne doit faire négliger aucune des autres indications de la thérapeutique médicale ou chirurgicale de la maladie ulcéreuse.

C. Auguste et M. Héraud.

(Clinique des maladies de l'appareil digestif, Hôpital Saint-Sauveur, à Lille.)

1. *Société médicale des Hôpitaux*, 23 Octobre 1942.
2. *Société de Gastro-Entérologie*, 8 Novembre 1943.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Les Yeux et la Vision des Vertébrés [1]

C'est une rare fortune de présenter au public scientifique, à l'époque où nous vivons, un ouvrage aussi important, aussi substantiel, aussi admirablement présenté et illustré que le livre consacré par M. A. Rochon-Duvigneaud aux yeux et à la vision des Vertébrés. L'ophtalmologie comparée, discipline tributaire à la fois de la physiologie humaine, de la médecine, de la zoologie, a cessé de représenter un chapitre négligeable des traités, une simple énumération des caractères et des propriétés de l'organe visuel. Elle a considérablement accru son matériel d'étude. Elle est devenue indépendante ; elle est aussi devenue synthétique, capable d'envisager l'œil comme un élément essentiel d'un organisme où il représente, bien souvent, le facteur sensoriel prépondérant. Le livre de M. Rochon-Duvigneaud porte la marque des ouvrages longtemps mûris par leur auteur. Enrichi par mille observations et lectures personnelles, il est le fruit d'un travail persévérant, réalisé tant au Muséum d'histoire naturelle que dans divers laboratoires zoologiques. Il réunit et interprète des documents fournis au long des années par des cliniciens, des explorateurs, des garde-chasses, et par de patientes recherches personnelles. Et ces documents, non seulement il les utilise, mais il les montre : l'iconographie du traité représente un effort d'autant plus considérable qu'elle suppose, antérieurement au dessin, la préparation et l'étude d'un matériel difficile à recueillir et considéré à juste titre comme très délicat. Tel quel, l'ensemble représente une véritable « somme » de connaissances morphologiques et physiologiques.

L'ouvrage expose tout d'abord les données relatives à l'œil humain, centre d'intérêt de toutes les recherches ophtalmologiques et physiologiques, terme de comparaison et d'aboutissement de tout travail consacré à la vision. Un chapitre traitant de l'origine de l'organe visuel des Vertébrés sert ensuite d'introduction à l'étude des yeux des poissons, amphibiens, reptiles, oiseaux et mammifères les plus caractéristiques. Le lecteur non spécialiste aura plaisir et profit à glaner, parmi des exposés d'ordre technique, toutes sortes d'aperçus ingénieux, mettant en lumière des faits suggestifs trop peu connus. Nous ne saurions donner ici une idée complète de l'ouvrage, mais nous montrerons, par quelques exemples, de quel intérêt pour la biologie générale est la comparaison de la vision dans les différents groupes de Vertébrés.

Les principaux problèmes histo-physiologiques posés par la rétine sont des cas particuliers du grand problème de l'explication de la structure par la fonction. L'histoire de l'histophysiologie rétinienne se ramène avant tout, en effet, à des tentatives difficiles, et parfois décevantes, d'expliquer le fait anatomique par le fait physiologique. C'est la rareté des cônes chez les espèces nocturnes, leur abondance au centre de la rétine humaine, qui ont fait attribuer à ces éléments la perception des couleurs et aux bâtonnets la perception de la lumière incolore ; c'est l'étude des conditions dans lesquelles se produit l'héméralopie qui a conduit à l'hypothèse que le pourpre rétinien est l'agent de l'adaptation rétinienne. En établissant que la visibilité d'un objet éloigné et sa distinction d'un objet proche atteignent leur limite quand l'image rétinienne de l'objet n'est plus que de 1/8.000 de pouce, Ph. de la Hire (1699) indiquait à l'avance quel diamètre devraient posséder les cônes fovéaux. Ce sera la tâche des histologistes de l'avenir de nous montrer quels récepteurs correspondent aux phénomènes piézoélectriques dont la « substance visuelle » électrique est le siège...

L'étude des pigments de l'épithélium rétinien se relie au très intéressant problème du rôle joué par la lumière dans la production de la mélanine. Dans les expériences *in vitro*, cette substance se produit aussi bien à l'obscurité qu'à la lumière. Chez le vivant, le mécanisme qui règle son apparition est très complexe ; la lumière n'est pas une condition nécessaire, puisque c'est au cours de la vie intra-utérine, et très précocement, que le pigment se forme dans la rétine ; elle n'est pas non plus une condition suffisante puisque les albinos, maintenus au soleil, ne fabriquent jamais de mélanine. Cependant chacun sait que les animaux normaux, vivement et longtemps éclairés, réagissent à l'action mélanogène de la lumière par une pigmentation plus intense des parties les plus exposées. Le Protée des grottes de la Carniole est incolore, mais néanmoins possède une rétine pigmentée; les différents sujets réagissent de façon très irrégulière à l'éclairement de l'aquarium, certains d'entre eux seulement devenant brunâtres à la longue. Ces faits illustrent bien l'importance de facteurs locaux oculaires et de facteurs individuels dans la mélanogénèse.

La tension oculaire est un facteur important de la transparence de l'organe visuel ; cette propriété optique des tissus qui le composent ne tient pas tant, comme on pourrait le croire, à leur hydratation (le cristallin contient 35 pour 100 de substances protéiques ; la paupière des serpents, transparente comme verre, est sèche et dure, etc.) qu'à un mécanisme physique qui aboutit à l'homogénéisation des indices de leurs parties constituantes, remontant sans doute jusqu'aux molécules. Le changement d'état de la cornée, hétérogène par nature, est vraisemblablement dû à des facteurs chimiques dont les pratiques des fabricants de pièces anatomiques, experts dans l'art d'éclaircir de petits objets, peuvent fournir un exemple.

L'adaptation rétinienne, qui permet aux animaux de compenser les variations journalières de l'intensité lumineuse, est un phénomène général, mais d'importance très variable d'un groupe à l'autre ; les espèces peuvent donc être classées en diurnes et en nocturnes. Les rapaces nocturnes voient encore là où l'homme ne perçoit plus rien, et cette sensibilité plus grande résulte d'une adaptation plus étendue. Beaucoup de lézards, de serpents, qui ne chassent qu'en plein jour, perdent toute activité après le coucher du soleil. Les rapaces nocturnes, cependant, gênés par la lumière quand ils sont adaptés à l'obscurité, et longtemps gênés parce que leur adaptation est considérable, voient parfaitement en plein jour une fois l'adaptation évanouie, et, en tant qu'oiseaux, voient mieux que l'homme. Euryphotes, ils peuvent « le plus », qui est de voir à faible lumière ; ils peuvent aussi « le moins », soit voir à grande lumière... L'homme est un euryphote imparfait...

L'étude du développement de l'œil de l'ammocète (Cyclostome) conduit à d'intéressantes considérations biologiques. Ce poisson, dont la maturité sexuelle ne survient qu'au bout de deux à quatre ans, mène d'abord une vie libre, sur le sable et dans la vase, au cours de laquelle il trouve sa nourriture sans aucun secours de la vue. Au moment de la métamorphose, l'œil qui n'était jusqu'alors perceptible de l'extérieur que comme une tache à peine grosse comme une tête d'épingle, devient beaucoup plus visible par suite d'une transformation de la peau qui le recouvre : elle s'atrophie au point de n'avoir plus que 160 μ d'épaisseur ; l'œil lui-même acquiert une rétine, augmente de volume. Tout le processus, très rapide, se déroule en quelques semaines. L'œil définitif, volumineux, n'est ni dégénéré, ni atrophié, ni régressif ; seule la structure du nerf optique répond peut-être à une forme ancestrale...

L'interprétation de l'usage que les poissons font de leurs yeux ne peut être correcte sans une connaissance approfondie, non seulement de l'organe, mais des conditions de vie propres à l'espèce. Le cas des téléostéens est assez bien connu. Dans l'ensemble, ces poissons unissent à une acuité visuelle faible une sensibilité lumineuse très développée permettant de percevoir les objets sans presque voir les formes, d'éviter les obstacles, de juger les mouvements des corps. Cependant tous les poissons sont obligés de trouver leur nourriture dans des eaux troubles, profondes ou noires. Tous peuvent vivre sans voir et se fondent facilement sur le tact, le goût ou l'olfaction pour le choix de la nourriture. L'adaptation à divers milieux, la distribution dans les milieux éclairés ou de surface, obscurs ou de profondeur, d'après les aptitudes visuelles, n'a aucun caractère de nécessité. Des sélaciens à grosses pupilles plus ou moins contractiles se rencontrent aussi bien au fond qu'à la surface. Si bien que la question du rapport entre comportement visuel et nature des cellules visuelles (cône, bâtonnet) ne se pose même pas. Des êtres qui savent apprécier la température, la salure, la pression de l'eau, etc., ont des moyens de se diriger que l'homme peut à peine concevoir. Les fleuves et rivières des Alpes roulent en été une eau chargée de limon rendant aux yeux humains toute vision impossible sous quelques centimètres d'eau. Les truites cependant y chassent parfaitement. Les poissons des lacs d'altitude, vivant sous la glace (elle-même recouverte de neige) sept à huit mois de l'année, se nourrissent fort bien, malgré l'obscurité ambiante, etc. Le problème de l'utilisation des yeux chez les poissons abyssaux n'a donc en réalité que peu d'intérêt.

La vision des oiseaux, très étudiée, demeure néanmoins un champ ouvert à beaucoup d'investigations complémentaires ou nouvelles. Chacun de nous a pu observer comment les pensionnaires de nos basses-cours regagnent leur perchoir avant que la nuit nous paraisse tombée, comment les ramiers se réfugient dans les arbres avant que les merles aient cessé de chasser les vers. Les rapaces diurnes sont actifs pendant l'aurore et le crépuscule. Les rapaces nocturnes sont tantôt à l'aise, tantôt absolument paralysés pendant le jour. A ces observations déjà anciennes et fort nombreuses, s'ajoutent des expériences précises, grâce auxquelles on a pu montrer, en particulier, de quelle étendue était le spectre visible pour les oiseaux, comparés à l'homme. Des poulets invités à trouver du blé éclairé par les divers rayons du spectre solaire, picorent d'abord dans l'orangé et le rouge, puis dans le jaune et le vert, et laissent, sans l'explorer, le bleu et le violet. Même après une longue adaptation, le spectre du poulet est donc par rapport au nôtre notablement raccourci dans la zone la plus réfrangible ; il en est de même pour le pigeon, la crécerelle. Le raccourcissement est moins accentué pour les oiseaux nocturnes. Il est certain que les oiseaux ne voient pas leurs congénères comme nous les voyons ; leur vision chromatique dépasse la nôtre, puisque des insectes homochromes (pour nous) à leur substrat sont immédiatement perçus par eux. L'étude de l'acuité visuelle des oiseaux a été inspirée en partie par des considérations utilitaires, celles que nécessitait la fabrication des « appelants » pour la chasse à la sauvagine. Les effigies trop réalistes effraient les oiseaux par un « fini » qui n'est jamais absolument juste ; ce qui importe, c'est la forme générale et l'attitude...

L'acuité visuelle des oiseaux, considérable, a pourtant probablement été exagérée. Le rapace, vu comme un point noir au zénith, et supposé chassant, a créé la légende de la vision télescopique. Il se peut que le vautour, dans sa découverte presque immédiate et à grande distance d'une charogne, soit ren-

1. A. Rochon-Duvigneaud : *Les yeux et la vision des vertébrés.* 1 vol. de 720 p. avec 500 fig. (*Masson et Cie*, éd.), Paris, 1944. — Prix : 460 fr.

soigné, non pas par la perception directe du corps étendu, mais par les oiseaux insectivores, qu'attirent des insectes, eux-mêmes venus à l'odeur, etc. Cependant, la vision des petits oiseaux qui se nourrissent de proies et de graines minuscules est extrêmement précise, elle ne peut guère être contrôlée que par le toucher du bec et celui-ci ne rejette que très rarement ce que l'œil a choisi.

La mauvaise vue de la taupe, connue de tous, est depuis longtemps, et dans plusieurs pays, passée en proverbe. L'œil de ce mammifère doit son défaut de taille à un ralentissement précoce, puis à un arrêt dans l'évolution fœtale du globe oculaire ; l'état embryonnaire du cristallin et du corps vitré s'opposent cependant à une rétine relativement plus évoluée, à une chambre antérieure et à une pigmentation d'adulte. La microphtalmie est ici très différente de la microphtalmie pathologique de l'espèce humaine. La taupe distingue le jour de la nuit ; son sens visuel l'aide à traverser les rivières ; elle voit les corps en mouvement...

L'œil des primates réalise, par rapport à celui des autres Vertébrés, oiseaux y compris, des perfectionnements d'une importance considérable, à savoir la conjugaison des deux yeux (rendue irréalisable dans les autres groupes par la présence d'un museau ou d'un bec) et la vision fovéale binoculaire possible à toute distance. L'homme possède cependant (mais l'ignore souvent) dans chacun des croissants externes de son champ binoculaire (zone nasale de la rétine) un reste de la vision indépendante des animaux à chiasma total. L'étude, faite sur lui-même, de ce mode de vision, l'aiderait à comprendre bien des particularités de la vision animale dans laquelle les deux yeux fournissent, non pas une seule, mais deux images. Le singe voit avec le même œil que l'homme, mais avec un cerveau bien inférieur. De même que la main, mieux que la main, l'œil anthropomorphe est apparu bien avant le perfectionnement cérébral qui caractérise l'humanité. Les données résultant de la vision binoculaire précise, de loin et surtout de près, ont d'ailleurs été une des conditions du perfectionnement cérébral. « Dans la série des mammifères, comme dans l'acte psychique, la sensation a nourri l'intelligence, l'œil a contribué au perfectionnement du cerveau ».

Cette rapide revue, cette citation, inciteraient à une conclusion philosophique. Par ailleurs, l'effort représenté par un tel labeur, couronné par une telle réussite, à une époque où de belles moissons et la confiance dans l'avenir sont particulièrement méritoires, appellerait des éloges qui débordent le domaine scientifique. On ne nous en voudra pas, après les avoir fait entrevoir, d'abandonner aux lecteurs de cet important ouvrage le plaisir de les formuler.

J.-H. Millot,
Professeur d'Anatomie comparée
au Muséum national d'Histoire naturelle.

Le morphinisme du nouveau-né

M. Pèhu et Mme Baud ont eu récemment l'occasion d'observer un cas de morphinisme chez un nouveau-né dont ils ont rapporté l'observation dans le *Paris-Médical* du 10 Décembre 1943. Ils ont tiré de leur étude 3 conclusions essentielles.

En premier lieu, ils ont retenu la possibilité pour une mère, morphinomane depuis plusieurs années, de conduire sa grossesse à terme et d'avoir un enfant vigoureux et normalement constitué.

En second lieu, ils ont pu observer que, dès les premières heures après la naissance, avant les premières tétées, vectrices de morphine, le nouveau-né présente les signes classiques d'abstinence avec agitation, cris violents, insomnie, sueurs, troubles cardio-vasculaires ou digestifs, en particulier vomissements répétés, pouvant le conduire à la cachexie. On a signalé également des accidents de cyanose, de collapsus thermique. Dans quelques cas, la mort est survenue de façon subite ou rapide.

En troisième lieu, et c'est là la conclusion, ils insistent sur la nécessité de pratiquer, au cours de la grossesse, vers le milieu de celle-ci, une cure de désintoxication de la mère et de ce fait du fœtus en évitant chez lui une accoutumance somatique à la morphine.

P. Ducourneaux.

P. Amirault

(1894-1944)

Les collaborateurs et beaucoup de lecteurs de *La Presse Médicale* apprendront avec émotion le décès de P. Amirault, survenu brusquement à Paris le 30 Avril, après une courte maladie. La mort a saisi à 50 ans, en pleine activité, celui qui depuis vingt ans assurait le service technique de *La Presse Médicale* et dirigeait la bonne exécution de ses numéros. Mais ce serait méconnaître son rôle que de ne pas dire aussitôt que son action débordait — et de beaucoup — le cadre limité d'un travail matériel. Sa vive intelligence, son intuition rapide, son imagination toujours en éveil, son affabilité et son sourire de tous les instants, son désir constant d'être utile, sa facilité, sa rapidité dans l'exécution faisaient que c'est comme en se jouant qu'il remplissait à *La Presse Médicale* les tâches les plus variées et qu'il en était devenu l'un des animateurs. Tous eux qui ont fréquenté les bureaux de notre journal garderont une image fidèle et vivante de ce coin du boulevard Saint-Germain où, avec modestie, tact et, quand il le fallait, fermeté, il savait recevoir tous ceux qui bien vite devenaient pour lui des amis. Combien conserveront, intimement gravé en eux, un sentiment de reconnaissance pour une longue collaboration et souvent aussi la mémoire de tant de services rendus ! Il nous est difficile de nous représenter aujourd'hui qu'il n'est plus, car son image était celle de la jeunesse et de la vie. C'est avec tristesse que nous exprimons à sa femme, à ses enfants et aux chefs de la Librairie Masson et Cie nos bien vives condoléances.

Le Comité de direction
de La Presse Médicale.

Société française d'Histoire de la Médecine

4 Mars 1944.

M. Maurice Chevassu reprend la question toujours controversée de la *blessure de Robespierre*. Il montre que les dimensions minimes de l'orifice fait par la balle à la face externe du maxillaire inférieur gauche s'opposent à la version du suicide de Robespierre par une balle tirée dans la bouche. L'orifice de sortie d'une balle ayant fracturé le maxillaire aurait eu des dimensions beaucoup plus considérables. Pour lui, la version qui prétend que Robespierre a été frappé par la balle du pistolet du gendarme Méda à la face externe de la mâchoire gauche est la seule scientifiquement admissible. Elle est d'ailleurs corroborée par les comptes rendus sténographiques de la séance de nuit du 9 Thermidor à la Convention. M. Maurice Chevassu présente à l'appui de cette version une série de documents autographes de Méda et de Tallien. Il achève par une vue d'ensemble sur la journée dramatique qui mit fin à la Terreur, et par un aperçu de la vie de Charles-André Méda, qui mourut général à 39 ans, mortellement blessé à la Moskowa.

Le médecin général des Cilleuls, sur *Vauvenargues et la campagne de Bohême de* 1742, rappelle que, d'après Voltaire et Marmontel, Vauvenargues, après la capitulation de Prague, aurait gagné Egra sous le commandement de M. de Chevert. Documents en main, M. des Cilleuls montre que c'est avec le maréchal de Belle-Isle, et non avec Chevert, que Vauvenargues a retraité ; qu'il a eu les jambes gelées avant la retraite, vraisemblablement pendant l'hiver 1741-1742, et qu'aucune preuve n'a été fournie de son admission à l'hôpital militaire de Nancy, à son retour de Bohême.

On peut même ajouter que son aptitude immédiate à faire campagne ne paraît pas s'être ressentie des fatigues de la retraite. En effet, à peine était-il rentré en France, que Vauvenargues repartait avec son régiment pour prendre part aux opérations sur le Mayn et à la bataille de Dettingen.

Pour permettre d'apprécier les répercussions, plus ou moins éloignées, de la retraite de Bohême sur l'état de santé de Vauvenargues, M. des Cilleuls brosse un tableau du passé pathologique de l'écrivain et montre que c'est surtout une variole maligne qui porta un coup fatal à sa santé ébranlée. Survinrent, ensuite, de graves complications des gelures contractées jadis. Privé de ressources, accablé par la maladie et la souffrance, Vauvenargues s'éteint, à l'aube du 28 Mai 1747, en l'hôtel de Tours de la rue du Paon, assisté seulement de son valet et du tenancier de l'hôtel.

Laignel-Lavastine.

Correspondance

A propos de l'article de M. A. Netter sur *Le déclenchement de l'ovulation par l'infiltration novocaïnique du ganglion sympathique cervical supérieur*, M. Paul Orsoni (Paris) signale qu'il a publié dans sa thèse *Essai sur la chirurgie du ganglion cervical supérieur du sympathique* (Paris, 1938, chez *Arnette*) les observations de 4 malades qu'il avait traitées par infiltrations du ganglion cervical supérieur pour aménorrhée, dont 3 avec des résultats satisfaisants.

Il rapportait en détail les données histo-physiologiques dues aux expériences de Collin et Hennequin (Nancy) qui l'avaient conduit à préconiser les infiltrations novocaïniques du ganglion cervical supérieur pour modifier certains syndromes hypophysaires et influencer de nombreuses fonctions, notamment les fonctions ovariennes.

M. Orsoni a en outre rappelé les indications de la novocaïnisation du ganglion cervical supérieur dans un article du *Bulletin médical* du 8 Avril 1939.

Livres Nouveaux

Études sur les pneumoconioses : le talc et les silicatoses, par R. Sorel, J. Lasserre et R. Salvador. 1 vol. de 120 p. avec 10 fig. Préface du Prof. Duvoir (en dépôt chez *Masson et Cie*), Paris, 1943. — Prix : 45 fr.

La silicose, maladie professionnelle type, survient chez les sujets soumis pendant une durée prolongée à l'empoussiérage de particules de silice pure ou bien chez les individus prédisposés ; il est admis aujourd'hui que cette prédisposition est réalisée par des atteintes antérieures de bronchite ou de tuberculose. Mais la question des silicatoses, en raison de la diversité des silicates, est encore discutée ; c'est sur la silicatose due au talc qu'ont porté les recherches des auteurs. De leur étude clinique, radiologique et expérimentale, ils concluent que la silicatose pure due au talc n'existe pas, mais que lorsque le poumon a présenté antérieurement une lésion tuberculeuse, il peut se produire une silico-tuberculose.

G. Poix.

Les ultravirus des maladies animales, par C. Levaditi, P. Lépine et J. Verge. 1 vol. de 1.266 p. (*Maloine*, édit.), Paris. — Prix : 790 fr.

Levaditi et Lépine ont publié, en 1938, deux volumes consacrés à l'étude des maladies humaines à ultravirus. Le présent ouvrage complète leur œuvre. Ils se sont assurés, en dehors du Prof. Verge qui a dirigé avec eux la rédaction de ce volume, la collaboration de plus de 20 savants, tous spécialistes éminents des parties qu'ils étaient chargés de rédiger. Levaditi expose à nouveau l'état de nos connaissances générales sur la nature des ultravirus. Un semblable exposé avait déjà été fait dans la première partie du traité, mais Levaditi a estimé que l'évolution constante de la science nécessitait une nouvelle mise au point. Grabar, Bonet-Maury, Guillot décrivent avec beaucoup de détails toutes les techniques physiques ou chimiques utilisées, sans lesquelles aucun progrès sérieux n'aurait apparemment pu être fait. Lépine expose ensuite comment on conçoit l'immunité dans les maladies à ultravirus et à soin, ce dont on doit le féliciter, de n'émettre que des conclusions provisoires. Car tout n'est pas dit. Et si les faits révélés par les procédés physico-chimiques nouvellement introduits en Microbiologie restent des faits, on peut se demander si leur critique a toujours été assez serrée et si les hypothèses qu'ils ont fait naître n'ont pas été souvent trop enthousiastes. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude détaillée des principales maladies animales à ultravirus : maladies des bovidés, du cheval, du porc, des ovins, des caprins, des oiseaux, du chien, du lapin, des petits animaux de laboratoire, des insectes.

Chacun de ces chapitres constitue une mise au point complète qui sera pour tous les travailleurs la base de leurs recherches futures, la somme à laquelle ils devront toujours en référer. On peut regretter cependant de ne pas trouver dans ce livre l'étude de la vaccine, maladie animale incontestable qui a été placée dans les maladies humaines, et s'étonner d'y trouver l'étude du virus de la péripneumonie des bovidés qui n'est pas — personne, je crois, ne le discute — une maladie à ultravirus. Ces critiques sont bien légères et on ne peut que féliciter les initiateurs de ce traité de l'œuvre remarquable qu'ils ont su accomplir et mener à bien dans les heures présentes.

P. H.

L'artériographie cérébrale, par Frangott Riechert. 1 vol. de 228 p. et 126 fig. (*J. F. Lehmann*, édit.), Munich, Berlin, 1943.

Le livre de M. Riechert est une contribution importante à l'artériographie cérébrale autant du point de vue de la technique de cette méthode que de l'interprétation de ses résultats. Bien qu'il ne fasse que compléter les notions acquises depuis l'œuvre princeps d'Egas Moniz, le promoteur de la méthode, ce livre qui est clair, facile à lire, est conçu d'une façon essentiellement objective et pratique. Il enseigne autant par le texte que par l'image. Ce qui en fait l'intérêt c'est qu'il est écrit par un neuro-chirurgien qui a pu vérifier opératoirement tous les diagnostics dont il propose la lecture radiologique. Il ne pourra qu'être utile à tous les spécialistes.

D. Petit-Dutaillis.

Técnicas de Laboratorio en el Tifus exantematico, par le Prof. G. Clavero del Campo, directeur de l'Institut national d'Hygiène, et F. Perez Gallardo. 1 vol. de 185 p. avec 104 fig. (*Imprenta de Prensa española*), Madrid, 1943.

Les récentes épidémies espagnoles du typhus exanthématique qui ont pu être promptement jugulées, grâce aux nouveaux moyens dont s'est enrichie la lutte contre cette maladie, ont fourni l'occasion aux éminents hygiénistes que sont Clavero et Perez Gallardo de nous donner un exposé à la fois très complet et très vivant des diverses techniques de laboratoire mises en œuvre dans le dépistage et la prophylaxie de cette infection.

Dans la 1re partie, sont successivement décrites en trois chapitres les méthodes d'isolement du virus historique, d'abord chez le cobaye, animal qui convient le mieux à la reproduction de la maladie expérimentale, puis chez le pou, l'insecte transmetteur obligatoire, chez lequel se produit la pullulation la plus abondante de *Rickettsia Prowazeki*, enfin dans la membrane vitelline de l'embryon du poulet, le milieu le plus pratique et le plus élégant pour la culture de cet agent pathogène. Un 4e chapitre traite de l'isolement du virus murin.

Dans la seconde partie sont exposées les techniques sérologiques : réaction de Weil-Félix, réaction de Weigl, réactions de fixation du complément, réaction de séro-protection de Giroud.

La 3e partie enfin est consacrée aux méthodes de préparation des divers vaccins : vaccin de Weigl obtenu au moyen d'émulsions de cultures de *Rickettsia* dans l'estomac du pou, vaccin de Cox réalisé avec les cultures faites dans la membrane vitelline de l'œuf, vaccin de Durand et Giroud, obtenu par inoculation intranasale au rat ou intratrachéale au lapin et émulsion des lésions pulmonaires, vaccin de Castañeda, préparé à partir du virus murin inoculé par voie nasale au rat.

Très précis, riche d'illustrations et de schémas, n'omettant aucun des détails nécessaires à la réussite des opérations, cet ouvrage mérite de retenir l'attention de tous les bactériologistes appelés à s'occuper de cette infection.

P.-L. Marie.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil supérieur

Médecins prisonniers

La COMMISSION DE PROTECTION DES INTÉRÊTS DES MÉDECINS PRISONNIERS fait connaître que, à dater du 1er Janvier 1944, les médecins, pharmaciens ou dentistes d'active ou de réserve, maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en Allemagne et non relevés, bénéficieront dans les conditions suivantes d'une situation analogue à celle prévue pour les médecins, pharmaciens ou dentistes relevants :

1° Les médecins, pharmaciens, dentistes possesseurs d'un grade d'officier pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger, prévue à l'article VII du statut du 31 Juillet 1941.

2° Les médecins, pharmaciens, dentistes auxiliaires titulaires, comme les officiers, du diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien dentiste, ou pourvus de la scolarité requise par les arrêtés des 4 Juin et 11 Septembre 1943, pris pour l'application de la loi n° 191 du 25 Mars 1943, pourront être nommés sous-lieutenants de réserve à titre provisoire et bénéficier à ce titre, en sus de la solde et des accessoires de solde de leur nouveau grade, des mêmes indemnités que les officiers « relevants » de même grade.

3° Les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires ne remplissant pas ces conditions pourront bénéficier de l'indemnité journalière de mission à l'étranger correspondant à leur grade, soit : 95 + 104 % = 194 fr.

4° A partir du 1er Janvier 1944, les catégories de bénéficiaires de l'indemnité de mission visés ci-dessus cesseront de percevoir l'indemnité spéciale de 60 fr. qui leur était allouée jusqu'alors.

Cette indemnité ne sera maintenue qu'aux praticiens maintenus en service dans les camps ou hôpitaux de prisonniers en *France*, qui n'ont pas droit à l'indemnité journalière de mission.

5° Le paiement des indemnités ainsi déterminées aux intéressés ou à leurs délégataires sera effectué dans les conditions prévues à l'article IX du statut du 31 Juillet 1941.

Collège départemental de la Seine

Certificats médicaux

En vue d'assurer un contrôle plus efficace des suppléments alimentaires alloués aux malades et aux femmes enceintes, ou allaitant, des certificats médicaux d'un modèle uniforme et réglementaire ont été mis en service, dans le département de la Seine, depuis le 1er Mai 1944.

En conséquence, seuls sont acceptés les certificats médicaux détachés de carnets à souches, portant en haut et à droite un numéro en caractère d'imprimerie. *En principe*, les certificats médicaux pour régimes sont jaunes, les certificats pour grossesse ou allaitement sont blancs (médecin), ou verts (sage-femme).

Ces certificats sont dispensés de la légalisation de signature. Ils peuvent éventuellement porter une vignette de 10 fr. émise par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Les carnets de certificats médicaux sont délivrés :

1° Aux médecins et aux établissements hospitaliers publics ou privés, par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, 242, boulevard Saint-Germain, à Paris.

2° Aux sages-femmes par le Conseil national de l'Ordre des médecins (section des sages-femmes), 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, sur présentation : *a*) du diplôme de sage-femme dûment enregistré, et *b*) des feuilles d'inscription à la Caisse des allocations familiales des professions médicales.

Les certificats médicaux délivrés par des médecins n'exerçant pas dans le département de la Seine, et qui, de ce fait, ne sont pas établis sur un imprimé réglementaire, devront être échangés au Conseil départemental, 242, bd Saint-Germain, à Paris.

Les certificats délivrés par les sages-femmes n'exerçant pas dans le département de la Seine seront présentés au Conseil national de l'Ordre des médecins (section sages-femmes), 60, boulevard de Latour-Maubourg, à Paris-7e.

Tous les certificats médicaux, à l'exception des certificats de grossesse, présentés avant le 1er Mai 1944, quelle que soit leur durée de validité, seront périmés au plus tard le 30 Juin 1944.

Contrôle des spécialités pharmaceutiques

Par arrêté du 14 Avril 1944 M. le Prof. GOUGEROT, M. le Prof. MOLLARET, M. le Prof. SÉZARY et M. le Dr MARQUÉZY, de Paris, sont agréés comme experts pour procéder au contrôle des spécialités pharmaceutiques.

(*J. O.*, 29 Avril 1944.)

Médecins consultants régionaux de phtisiologie

Dans chaque région sanitaire, un médecin consultant de phtisiologie est chargé d'animer, de coordonner et de contrôler la lutte contre la tuberculose. Le médecin consultant est le conseiller technique du directeur régional en ce qui concerne la lutte antituberculeuse.

Il est nommé par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé, sur proposition de la commission de la tuberculose du Conseil permanent d'hygiène sociale et choisi parmi les médecins phtisiologues particulièrement compétents et qualifiés par leurs titres et travaux scientifiques.

Dans le cadre de la région le médecin consultant de phtisiologie a le contrôle technique de toutes les organisations publiques ou privées participant à la lutte contre la tuberculose. Il a, sous sa dépendance technique, les médecins chargés de la lutte antituberculeuse dans les départements de leur région.

Au cours de leur réunion annuelle les médecins consultants élaborent, sur le fonctionnement de la lutte antituberculeuse, un rapport d'ensemble contenant également leurs observations et leurs suggestions.

(*J. O.*, 29 Avril 1944.)

Examens de fin d'année
des étudiants nés en 1922 et accomplissant leur S. T. O. en Allemagne

— Par dérogation aux dispositions de l'article 23 du décret du 6 Mars 1934, les étudiants en médecine, nés en 1922 et accomplissant leur service du travail obligatoire en Allemagne, sont déclarés reçus définitivement aux examens de fin d'année, s'ils ont obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites, théoriques orales et pratiques de ces examens.

Les présentes dispositions s'appliquent rétroactivement.

(*J. O.*, 6 Mai 1944.)

ORGANISATION DES ÉTUDES
en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme

Voici les principales modifications apportées aux articles 1er, 2, 3, 4, 5, 6 et 10 de la loi du 17 Mai 1943 :

« Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux candidates qui ont suivi pendant 3 ans l'enseignement organisé par la présente loi et subi avec succès les examens correspondant à chacun des 3 cycles d'études dont se compose cet enseignement : 1° une année d'études générales d'infirmière; 2° trois semestres d'études obstétricales; 3° un semestre d'études de puériculture.

« Chacun des cycles d'études visés ci-dessus comprend un enseignement théorique, un enseignement pratique et des stages.

« Les écoles préparant au diplôme de sage-femme doivent être préalablement agréées, après avis du conseil de perfectionnement. Cet agrément ne peut être accordé, sauf dérogation, qu'aux écoles pourvues d'un internat et qui sont installées à proximité immédiate d'une maternité comportant un nombre de lits en rapport avec le nombre des élèves.

« Chaque école doit être dirigée par un docteur en médecine gynécologue obstétricien qualifié.

« Les établissements, services et institutions où les élèves effectuent leurs stages doivent être également agréés.

« Les écoles qui ne possédaient pas d'internat pourront, sous réserve de l'avis favorable du conseil de perfectionnement, continuer à fonctionner si elles remplissent toutes les autres conditions requises.

« Le nombre maximum des élèves qui peuvent suivre, après concours, l'enseignement théorique et pratique en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, est fixé annuellement, pour chaque école après consultation du Conseil national de l'Ordre des médecins, section des sages-femmes, et avis du Conseil de perfectionnement.

« Ne sont admises à concourir que les personnes du sexe féminin et de nationalité française. Avant de se présenter au concours d'entrée, les candidates subissent une visite médicale comportant obligatoirement un examen pulmonaire effectué par un médecin phtisiologue qualifié.

« A titre transitoire, les aspirantes sages-femmes qui avaient déjà commencé leurs études sous le régime du décret du 9 Janvier 1917 pourront poursuivre leur scolarité.

« Ces aspirantes recevront, en fin d'études, lorsqu'elles auront subi avec succès les examens prévus par le même décret, le diplôme de sage-femme institué par la loi du 5 Août 1916. »

(*J. O.*, 27 Avril 1944.)

Comité du massage médical

Sont nommés parmi les membres du Comité du massage médical :

Les Drs COULON, DENIKER (Paris), le Prof. DUHOT (Lille), le Dr EVENOU, le Prof. LEVEUF (Paris), le Prof. ROCHER (Bordeaux), le Dr RUFFIER (Paris).

(*J. O.*, 29 Avril 1944.)

CERTIFICAT D'APTITUDE
à la profession de pédicure

Sont nommés parmi les membres du conseil de perfectionnement des écoles préparant au certificat d'aptitude à la profession de pédicure (*membres choisis parmi les docteurs en médecine compétents en orthopédie et en podologie*) :

Les Drs BERTHET, DARCOURT (Marseille), DENET (Paris), DUCROQUET (Paris), le Prof. ROCHER (Bordeaux), les Drs CHARRY (Paris), WALLET (Paris).

(*J. O.*, 29 Avril 1944.)

Bourses familiales du corps médical
FONDATION DE M. LE Dr ROUSSEL.

Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 francs ont été créées par le docteur Roussel, en faveur des médecins ayant au moins 5 enfants et des veuves en ayant 3 à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, pour le 15 Juin au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1944.

SECTION DES médecins de l'avant 1939-1940

Constituée sous l'égide des Associations Amicales de Médecins du front, la *Section des Médecins de l'avant 1939-1940* a pour but de grouper tous les médecins des corps combattants, les médecins des formations sanitaires et les médecins prisonniers de guerre qui, à tous les échelons, ont fait leur devoir.

En effet, si après la guerre de 1914-1918 on a pu attribuer la qualité de combattant selon des règles précises, l'aspect et l'allure générale de celle de 1939-1940 ont complètement bouleversé ce qui avait été admis, aussi importait-il de ne pas faire de différence. Une seule Amicale devait donc trouver réunis tous les médecins qui ont rempli leur mission aux postes qui leur avaient été assignés. Trois branches ont été constituées : médecins des corps combattants, médecins des formations sanitaires, médecins prisonniers de guerre.

Cette dernière section, qui n'avait jusqu'ici pu être constituée avant le retour de nos camarades maintenus en captivité, est maintenant en voie de formation. Les médecins récemment libérés sont priés de se faire connaître et d'adresser leurs demandes d'adhésion au Dr Jacques Grasset, 5, boulevard du Montparnasse, Paris-6e.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — ÉLECTION. Le Conseil de Faculté a décidé de proposer à l'agrément du ministre M. JOANNON comme titulaire de la chaire d'*Hygiène* (en remplacement de M. Tanon).

Cours de génétique médicale. — Le Dr TURPIN, agrégé, consacrera 6 conférences à l'étude de la génétique médicale du 2 Juin au 14 Juin. Ces cours auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 16 h. 30, au petit Amphithéâtre de la Faculté.

Un cours complémentaire d'hygiène et médecine infantiles, sous la direction du Prof. COUVELAIRE et du Prof. CATHALA, avec la collaboration des agrégés, médecins des hôpitaux, chefs de clinique et anciens chefs de clinique de pédiatrie, sera fait à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, du jeudi 1er Juin au lundi 2 Juillet. Chaque jour seront faites deux leçons consécutives à 17 heures et 18 heures. Le cours destiné en principe aux docteurs en médecine et étudiants en fin de scolarité, candidats au diplôme de puériculture, est librement ouvert aux personnes s'intéressant à ces questions.

Universités de Province

Faculté de médecine de Montpellier. — Ont été nommés *chefs de clinique* après concours :

Clinique médicale (Prof. Giraud) : MM. CAZAL et SOUCHON.
Clinique des maladies mentales et nerveuses : M. DUC.
Clinique de chirurgie maxillo-faciale : M. CHALMETON.
Clinique gynécologique : M. COSTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie : M. LESCURE.
Clinique ophtalmologique : MM. GUIDONI et LALIAM (délégués avant titularisation).

— Mlle GUYON a été nommée, après concours, *monitrice* de clinique ophtalmologique.

— Ont été titularisés dans leurs fonctions d'*assistants* : Histologie, M. BONHOMME ; Chimie biologique médicale, M. BÉNÉZECH.

Faculté de médecine de Marseille. — M. HENRY est délégué provisoirement dans les fonctions de chef des travaux d'anatomie.

École de médecine d'Amiens. — Un concours pour l'emploi de *professeur suppléant de pathologie et clinique médicale* s'ouvrira, le mercredi 25 Octobre 1944, devant la Faculté de Médecine de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de médecine de Dijon. — M. VILLEQUEZ est provisoirement chargé de l'enseignement de l'histologie.

Inspection de la santé

Liste d'aptitude aux fonctions de médecin inspecteur de la Santé. — Ont été inscrits sur la liste, pour l'année 1944, les médecins inspecteurs adjoints suivants : MM. ABBAL (Alpes-Maritimes), ANDRIEUX (Ille-et-Vilaine), BATAILLON (Indre), Mmes CAMUS-ROUBERT (Lozère), CLAVEAU (Loire), MM. DAINVILLE DE LA TOURNELLE (Seine-Inférieure), DEGUIRAL (Haute-Garonne), DIGEON (Calvados), DUFOUR (Bouches-du-Rhône), GIBELIN (Vendée), GIRAUD (Hérault), GUIBERT (Creuse), GUIOL (Hautes-Alpes), JAUJOU (Corse), Mlle LAPORTE (Tarn), MM. MARET (Vosges), MONTAGNOL (Loiret), Mlle MOUTON - CHAPAT (Meurthe-et-Moselle), MM. OLLE

(Haute-Garonne), PAIMBLANT (Cher), PETIT (Seine-et-Oise), PHELIPPEAU (Cher), PORTE (Saône-et-Loire), SAUZET (Haute-Savoie), SERRIES (Loire), SPINDLER (Haute-Marne), TONDRE (territoire de Belfort), VIOLET (Rhône).

SANATORIUMS PUBLICS

Médecins de sanatoriums publics. — Le *J. O.* du 27 Avril 1944 publie un décret fixant les échelles des traitements des médecins directeurs de sanatoriums publics (60 à 70.000 fr.) et médecins adjoints (40 à 50.000 fr).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Médecins directeurs et médecins chefs de services des hôpitaux psychiatriques. — Le *J. O.* du 27 Avril 1944 publie un décret fixant les échelles des traitements de ces fonctionnaires (de 40.000 à 70.000 fr.).

Concours et places vacantes

Chirurgiens des hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS 1944 (1 place). *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Menegaux, Toupet, Fèvre, Houdard, Robert Monod, Mocquot, Gouverneur, Sicard, Sylvain Blondin, Basset. — Médecin : M. Clovis Vincent.

Médecins des hôpitaux de Paris. — (1944). EPREUVE ANNUELLE OE TITRES. *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Ameuille, Troisier, Tinel, Fiessinger, Faroy, Chabrol, Escalier, Degos, H. Bénard, Rivet, Lenègre. — Chirurgien : M. Alain Mouchet.

Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (8 PLACES). *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Détré, Guilbert, Aimé, Joly, Beau, Foubert. — Médecin : M. Célice. — Chirurgien : M. d'Allaines.

Assistant d'obstétrique (1 PLACE). *Jury* (tirage au sort) : MM. Sureau, Vignes, Lacomme, Cleisz, Ecalle, Lantuéjoul, Digonnet. — Médecin : M. Lamy. — Chirurgien : M. Brocq.

Médecins de l'Assistance à domicile. — Un concours pour 10 places sera ouvert le 14 Juin 1944, à 9 h. Inscriptions du 16 au 26 Mai 1944, 3, avenue Victoria, au bureau du Service de Santé. On peut s'inscrire par correspondance.

Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — A partir du 26 Juin 1944 seront ouverts : 1 concours pour 2 emplois d'assistants de clinique ; 1 concours pour 2 emplois au moins d'assistants adjoints ; 1 concours pour 7 emplois au moins d'aides de clinique, dont 2 au titre étranger.

S'inscrire, avant le 26 Mai, 28, rue de Charenton, Paris.

Avis de concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints stagiaires de la Santé. — Les épreuves écrites de ce concours auront lieu les 5 et 6 Juillet 1944, à Paris, et éventuellement dans un Centre de la zone sud. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Le nombre des places est fixé à 20 au minimum.

Renseignements et inscription au ministère de la Santé et de la Famille (direction du personnel, du budget et de la comptabilité), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone Nord, et à Vichy, hôtel Radio, pour la zone Sud.

Prix de l'Internat en Pharmacie. — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie sera ouvert le 4 Juillet 1944, à 9 h. S'inscrire 3, avenue Victoria, du 1er au 14 Juin 1944.

Nouvelles diverses

Conseil académique de Paris. — Parmi les membres de ce Conseil, nommés par application de l'article 2 de la loi du 20 Mars 1944, nous relevons les noms de MM. les Prof. GASTINEL (Paris), SOMMELET (Paris), GUÉRIN (Reims).

Caisse d'assistance médicale de guerre. — L'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e, recommande d'urgence aux confrères généreux sa caisse d'assistance médicale de guerre, dont les charges s'accroissent en raison du nombre élevé de médecins sinistrés par bombardement. (Compte courant postal, Paris 186-07.)

Au Conseil municipal de Paris. — Le 27 Avril dernier la 2e Commission temporaire s'est réunie sous la présidence du Dr Paul BRODIN.

Sur les conclusions de M. Eugène Jouteau, elle a adopté un rapport préfectoral tendant à l'acquisition d'un immeuble, sis rue du Faubourg-Saint-Antoine, à Paris, en vue de l'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, et donné un avis favorable à l'augmentation de la subvention allouée à l'œuvre du Service social à l'hôpital.

Le Prix Théophraste Renaudot pour la deuxième fois depuis sa fondation, a été attribué, le 27 Avril 1944, à un médecin, le Dr André SOUBIRAN, pour son livre de guerre *J'étais médecin avec les chars...,* préfacé par M. G. Duhamel.

Nos Échos

Naissances.

— Monique, Brigitte, Dominique, Marie-France et Bernard DUVERGEY ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Danièle*. (De la part du docteur et Mme HENRY DUVERGEY, Bordeaux, 16 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme PIERRE LABIGNETTE sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jacques* (Boulogne-sur-Seine, 6 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme FRANÇOIS JOMIER sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Brigitte* (Paris, 26 Mars 1944.)

— Le docteur et Mme PIERRE LANGEARD ont la joie d'annoncer la naissance de leur fille *Marie-Claude*. (Briançon, le 27 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme JEAN-LOUIS LAGARDE ont la joie d'annoncer la naissance de leur fils *Dominique*. (Agen, le 4 Mai 1944.)

— Marie-Claude et Dominique CHRÉTIEN sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrice*. (Docteur Chrétien, à Romorantin [Loire-et-Cher], 20 Avril 1944.)

— Jean-Marc et Bruno SOUBIRAN sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *José*. (Gimont [Gers] et Paris, 74, avenue Kléber, 20 Avril 1944.)

— Le docteur et Mme PAUL MORIN sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Brigitte*. (Paris, 112, avenue de Villiers, 2 Avril 1944.)

— Le docteur MARC DESCHAMPS et Madame, née RIOLLET, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Annick*. (Lyon-Bellecour, 7, rue Alphonse-Fochier (2e).

Fiançailles.

— Le docteur et Mme C. SICHÈRE ont le plaisir d'annoncer les fiançailles de leur fils RENÉ, externe des hôpitaux, avec Mlle MONIQUE MIAILHE, de Bordeaux.

Mariage.

— On annonce le mariage de M. CLAUDE BOUDON, interne en médecine des hôpitaux de Paris, avec Mlle MADELEINE GARBAN, de Vichy, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Décès.

— On annonce le décès, à Paris, de Mme le docteur LUCIE CHOAY-DENNIEL, ancienne externe des hôpitaux.

— On annonce le décès de Mme CAYRO, épouse du Dr PAUL CAYRO, chirurgien à Prades [Pyrénées-Orientales], survenu le 15 Avril 1944.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Infirmière dipl., sér. référ., désire trouv. poste aupr. chirurgien comme assistante ou anesthésiste. Ecr. P. M., n° 551.

Infirmière, 7 ans dispensaire, 9 mois assistante radio, dactylo, tr. bonne éducat., ch. sit. de préférence auprès Dr spécialiste pour enfants, Paris. Ecr. P. M., n° 560.

A céder, cause décès, cab. ophtalm., condit. opérat. assurées, consult. à l'extér. Mme Pantel, 22, r. d'Avéjan, Alès (Gard).

Visiteur médical d'un des 1ers Labos de Paris, introd. dep. 18 ans aupr. des prat. de la banl. Seine, S.-et-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. un Labo pour ce secteur. Ecr. P. M., n° 648.

A céder pour raison santé pouponnière autorisée, conviendrait à infirm. en puériculture ou sage-f. Ecr. P. M., n° 653.

Visiteur médical, médecine infant., ch. Labo (exclusivité si demandée), visiterait médecins enfants, sages-femmes, pouponnières et hôpitaux de Paris et Seine. Ecr. P. M., n° 654.

Voyageur visit. médec. et dent. Sud-Ouest et Centre, ch. carte matér. médic.-chirurg. et bons Labos. Ecr. P. M., n° 660.

Chirurgien, A. I. H., ch. poste dans clinique ou hôpital. Ferais remplacement de longue durée. Ecr. P. M., n° 664.

On demande une laborantine pouvant faire des coupes histologiques et un chimiste voulant faire un travail de recherches. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.766.

Clinique province recherche infirmières diplômées Croix Rouge pour hospitalisation et bloc opératoire. Sérieuses références exigées. Office du Travail, 12, rue du Petit-Potet, Dijon. Visa n° 07.696.

Demande préparatrice bactériologiste diplômée connaissant technique ampoules vaccins pr Labo Paris. Référ. Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.740.

Sténo-dactylo sachant parfaitement anglais et allemand, tr. au courant termes médicaux, ch. empl. mi-temps ou trav. à domicile; possède machine. Ecr. P. M., n° 671.

Important laboratoire d'anal. méd. ch. laborantine au cour. bactériol., sérol., hémat., chimie biol. Office du Travail, 5, rue Mazagran, Le Mans (Sarthe). Visa n° 07.734.

A vendre ophtalmoscope Busch, neuf, 2.500 fr., et instruments divers ophtalmol. Ecr. P. M., n° 683.

Grand laboratoire, service physiologie, dem. jne femme licenciée ès sciences ay. certificat physiol. Service Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.752.

A céder, cause décès, cabinet médec. install., outill., droit au bail. Bonne clientèle. Possibilité sit. avenir pour jeune médecin actif. Oloron (B.-P.). Ecr. P. M., n° 687.

Région ouest, visiteur médical, excell. référ., tr. bien introduit corps médic., hôp., ch. 2e Labo. Ecr. P. M., n° 689.

Pour visite hôp. et secteur Paris rech. représentation spécialités sauf pour v. respir., g. et obstétr., v. urinaires, neurol., 12 a. prat., référ. 1er ordre. Prétentions mod. Ecr. P. M., 692.

Dame seule, grande propriété, très confortable, prendrait pensionnaire. Ecr. P. M., n° 694.

Médecin rapatrié ferait remplacement longue durée ou en vue succession ou assistance. Ecr. P. M., n° 695.

Inf. dipl. Etat, tr. expérim. ds administrat. génér. mais. santé, ch. direct. clinique ou établ. simil. Ecr. P. M., n° 697.

A céder émanateur et compresse radium. Mme Frérot, 45, rue Félix-Faure, Enghien.

Médecin offre rempl. lgue durée, ville importante Bourgogne, succession possible; conviendrait médecin rapatrié, sinistré, replié ou débutant. Ecr. P. M., n° 709.

Vélo-car, 2 pl., capote pare-brise, mot. électr. auxil, 2 batt., 12 v., rayon 50 km., état abs. neuf. Garage Inv. 79-43.

Person. 31 a. ch. sit. dans famille secrétaire-gouvern. enf. 6 a. minimum, s'occup. un peu ménage. Réf. Ecr. R. de Bernard, 11 rue Cujas, Paris.

A vendre 2 fauteuils, 1 chaise de bureau, modernes, vert, tr. bon état, conv. à Dr. Tél., de 2 à 4, Dan. 07-22.

A vendre table d'examen métallique. Adam, 62, rue de Monceau, Paris-8e.

J. femme 36 a., exc. réf., cherche secrét. méd. après-midi près professeur. Ecr. P. M., n° 714.

Appareil électro-choc Lapipe et Rondepierre, état neuf, à céder. S'adresser liquidateur Hôpital psychiatrique départemental de Blois (L.-et-C.), 34 *bis*, av. Maunoury.

Jne femme dactyl., sténotyp., bach. en droit, cherche secrét. demi-journée, matin de préf. Ecr. P. M., n° 716.

Recherche microscope binoculaire av. 4 object. dont 1 à immersion, centrif. 7 à 10.000 tours-microscope à optique quartz ou verre spécial pr observation en U.-V. Ecr. P. M., n° 717.

Recherche microscope optique quartz ou verre spécial permettant les examens en fluorescence. Ecr. P. M., n° 718.

Recherche urgence polarimètre saccharimètre Laurent, spectroscope, galvanomètre, bon état. Ecr. P. M., n° 719.

Demande à acheter dictionnaire grec-franç., A. Bailly de préf. Faire offre Prévoyance Médic., 30, r. de Londres, Paris-9e.

J. femme prés. bien, infirm., laborant., désir. quitter Paris, aiderait méd. campagne, Centre, tiend. intér. Ecr. P. M., 721.

Cherchons direction mais. d'enf., lgue expér. enseignement, infirmière scol., économat, libre de suite, valable toutes rég. Renaud, Ecole Jeanne-d'Arc, Labastide-d'Armagnac (Landes).

Matériel radiodiagnostic, radiothér. et traitem. électr. à vendre par suite décès. Ecr. Mme Serge Roidot. Hôp. Saint-Antoine, Lille, boul. Victor-Hugo.

Jne médecin, anc. int. hôp. province, spécial. obstétr., au cour, prat. accouchements, forceps, assist. chirur., anesthés., ch. pl. assistant aupr. accoucheur ou ds clin. accouch. P. M., 724.

Cause double emploi, médecin dispose install. radiologique neuve, puissance moyenne, livrable immédiat. Ecr. P. M., 725.

Dsse en médecine, non recens., anc. ext. hôp. Paris, au cour. trav. laboratoire, ch. situation. Ecr. P. M., n° 726.

A vendre U. V. et O. C. état neuf, beau mat. chirurg. et instr. (Poupinel, bist. électr.). Ecr. P. M., n° 727.

Suis acheteur paravent plombé pr radio, tablier plomb., chauffe-eau électr. 110 v. ou 220 v. altern., petite vitrine, ophtalmomètre. Ecr. P. M., n° 728.

A vendre : vélomoteur et appareil ondes courtes. S'adress. 66, Grande-Rue, Chennevières.

Chirurgien cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. P. M., n° 730.

A vendre : install. radiolog. compl. Gaiffe av. table basc., pet. générat. et Potter. Prix : 36.000 fr. Autoclave bon état couvercle cuivre. Dr Aumont, 6 *bis*, r. du Temple, Bordeaux.

Dsse sinistrée, tr. active, anc. ext. hôp. Paris, ch. poste à la campagne, Bretagne de préfér. Accepterait un remplacement av. promesse de vente. Ecr. P. M., n° 732.

Méd. 28 a., marié, 2 enf., référ. tuberc. osseuse, ch. poste assist. Sana. oss. ou pulm., femme inf. dipl. Etat. P. M., 733.

Personne tr. active, ayant effectué 20 ans services dans Administr. et 4 ans serv. infirm. militaire guerre 1914, ch. empl. secrét. privée ou dans clinique. Ecr. P. M., n° 734.

A vendre, à Evian, maison convenant à clinique ou maternité, 23 pièces, dont 19 chambres, eau courante, gaz, électricité. Ecr. P. M., n° 735.

Visiteur médical 40 ans, sérieuses références, dés. trouver Labo pour visites hôp. Paris. Ecr. P. M., n° 736.

App. prof. à louer, après décès, 3 pièces meub. ou une, instr. gyn., Bordeaux, 16 pl. Pey-Berland, Me Monzie.

A vendre microscope Leitz monoculaire, tr. bon état, 4 obj. dont immersion 1/12, 4 ocul., chariot mouvements rectangulaires. Ecr. P. M., n° 598.

Labo demande visiteur médical pouvant s'adjoindre 2e Laboratoire pour la région Nord. Ecrire Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris (visa n° 08.371).

Fille de Dr, prof. enseign., dessin, collège Etat, st.-dactylo, ch. empl. pendant vacances (Juillet Août et Sept.) ch. Dr ville d'eaux ou autre. Tr. sér. réf. Ecr. P. M., n° 739.

A vendre vélomoteur état neuf. Tél. : Botzaris 08-79 entre 13 heures et 15 heures.

Médecin partant Allemagne 2 Juin dem. rempl. durée 1 an. Succession évent, à prendre à ce moment. Ecr. P. M., 741.

A vendre, après décès, un canapé-condensateur, un bain lumière, un infra-rouge, un milliamp., bon état. P. M., 705.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

GASTRECTOMIE TOTALE POUR ULCÈRE JUXTA-CARDIAQUE

GUÉRISON

Par le Prof. **J. SÉNÈQUE**

(Paris)

Si les opérations d'exérèse sont relativement aisées en ce qui concerne les ulcères de la partie moyenne de la petite courbure, les difficultés vont croissant au fur et à mesure que les ulcères se rapprochent du cardia. Dans les ulcères du tiers supérieur le procédé de la résection en gouttière décrit par les Américains et les Allemands, vulgarisé plus tard en France par Pauchet, permet dans un certain nombre de cas de résoudre les difficultés techniques, mais quand l'ulcère siège au niveau même du cardia ce procédé n'est plus applicable, ou comporte trop de risques. C'est pourquoi certains chirurgiens s'en tiennent à la simple gastro-entérostomie palliative qui assure un bon drainage de l'estomac et agit sur les phénomènes spasmodiques, tandis que d'autres s'abstiennent de toute intervention chirurgicale. Malheureusement les résultats de la gastro-entérostomie dans les cas difficiles ne sont pas toujours favorables, surtout quand les troubles sont d'ordre strictement cardiaques ; si l'alimentation devient trop difficile ou trop pénible il ne reste plus alors que la gastrostomie ou la jéjunostomie.

En 1923 Madlener proposa dans ces cas une nouvelle intervention à laquelle son nom est resté attaché, bien que Zuckschwerdt et Horstmann dans leur excellent mémoire paru en 1936 dans les *Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie* en attribuent la paternité à Kelling qui l'aurait le premier pratiquée en 1918. Cette intervention, on le sait, consiste à laisser en place l'ulcère et à pratiquer au-dessous une résection palliative de l'antre suivie de gastro-jéjunostomie. Cette intervention qui ne paraît pas bien logique aurait cependant donné quelques heureux résultats. Mais ceux-ci pensons-nous doivent dépendre du siège exact de l'ulcère car Zuckschwerdt et Horstmann publient dans leur mémoire une figure de Madlener où l'ulcère est représenté non sur le cardia, mais sur la grosse tubérosité de l'estomac. Quand la localisation est véritablement cardiaque, en plus du risque d'hémorragie et de perforation il faut compter avec le risque de cancérisation secondaire ou d'erreur de diagnostic : on pense laisser un ulcère en place et en réalité il s'agissait d'un cancer ; et c'est justement au niveau de cette région que les cancers sont particulièrement fréquents. L'erreur inverse peut également être commise et l'observation qui va suivre est à ce propos très instructive.

Un homme, âgé de 37 ans, entre à la clinique de Vaugirard le 1er Février 1944 pour troubles douloureux épigastriques dont le début remonte à environ deux ans. C'est en Juin 1942 qu'il ressentit les premières douleurs sous forme de crises plus ou moins longues, de quelques jours à quelques semaines, non rythmées par les repas, non calmées par les alcalins. Seul le décubitus ou le repos avaient quelque influence sur elles. Elles ne se sont jamais accompagnées ni de vomissements, ni d'hématémèses, ni de mélæna. Une radiographie pratiquée p M. Jacquelin permet de constater l'existence d'une niche a niveau du cardia, niche à large pédicule, non encastrée. Un traitement médical calme d'abord les douleurs pendant quelques mois, mais en Décembre 1943 elles deviennent plus intenses et plus fréquentes. Une gastroscopie pratiquée n'aurait montré que des lésions de gastrite haute, avec enduit pultacé. Une œsophagoscopie permet de cnnstater, à 1 *cm.* au-dessus du cardia, une tache d'aspect variqueux, ne semblant pas être de nature tumorale, et une biopsie pratiquée en cet endroit n'autait rien permis de concluant.

Au mois de Février 1944 les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité, irradiant dans la région dorso-lombaire. Le malade a subi un amaigrissement considérable : 30 kg.; il est pâle, asthénique et anorexique. Les douleurs empêchent presque toute alimentation. L'examen physique est entièrement négatif.

L'examen du sang montre : globules rouges, 4.510.000 ; globules blancs, 7.200, dont 58 pour 100 de polynucléaires.

Devant ce tableau clinique et les clichés radiographiques, on décide l'intervention que le malade du reste réclame. Le siège de la niche, la largeur de son pédicule, l'amaigrissement considérable de ce malade, l'asthénie, l'anorexie font craindre un cancer ulcériforme de la région cardiaque.



Fig. 1. — Ulcère juxta-cardiaque.



Fig. 2. — Fonctionnement de l'anastomose gastro-jéjunale après gastrectomie totale.

Intervention le 4 Février 1944. Anesthésie de base complétée par l'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen on se rend compte que les lésions sont limitées au segment cardiaque de l'estomac avec des adénopathies assez accentuées dans cette région ; la seule intervention d'exérèse possible paraît être une gastrectomie totale pour laquelle nn se décide. Section et fermeture du duodénum ; libération de la grande courbure avec ligature des vaisseaux gastro-spléniques. En procédant à la libération du segment juxta-cardiaque on s'aperçoit que la lésion est adhérente en arrière et pénétrante dans la région solaire, ce qui explique l'intensité des douleurs ; on a l'impression qu'il ne s'agit pas d'un cancer mais d'un ulcère. L'adénopathie de voisinage ne permet pas de conserver de collerette péritonéale ; par contre, l'œsophage se laisse bien abaisser. Conservant l'estomac comme tracteur et l'ayant rabattu vers le thorax, on pratique sans utiliser aucun clamp l'anastomose œsophago-jéjunale à points séparés au fil de lin. Suture postérieure puis ouverture de l'œsophage et plan total postérieur. Pour le plan antérieur on utilise le procédé décrit par Lortat-Jacob, c'est-à-dire que l'on ne sectionne que petit à petit l'œsophage antérieur au fur et à mesure que l'on s'assure la suture œsophago-jéjunale antérieure. Nous avons *conduit en même temps les deux plans antérieurs :* total et plan de renforcement en ne sectionnant que progressivement l'œsophage, si bien qu'au dernier point, au moment de sectionner l'œsophage les deux plans de suture étaient terminés. Ce petit point de détail nous paraît important à retenir car après sa section l'œsophage se rétracte, ce qui peut gêner pour l'établissement du deuxième plan de suture antérieur, ou nécessite des tractions sur l'anastomose, ce qui peut être fâcheux. On termine l'intervention par une jéjuno-jéjunostomie complémentaire sous-mésocolique et on fixe l'anse grêle autour de la brèche mésocolique. Drain n° 30 ; paroi aux crins perdus.

Suites opératoires sans incident, à part un clocher fébrile à 39° le troisième jour ; il suffira de quelques injections d'alcool intraveineux à 30 pour 100 pour ramener la température à la normale. Alimentation liquide à dater du troisième jour, puis progressivement solide. Lever le dixième jour ; l'opéré sort guéri le seizième jour.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a montré aussi bien dans l'estomac que dans les ganglions qu'il ne s'agissait pas de cancer mais simplement d'ulcère gastrique.

Nous avons donc pratiqué avec succès une gastrectomie totale pour un ulcère juxta-cardiaque de l'estomac en n'utilisant aucune technique spéciale et les suites ont été sans incident. C'est qu'en effet il s'agissait d'un ulcère et non d'un cancer ; le sujet était jeune et, malgré son grand amaigrissement, avait encore une bonne résistance. Les conditions ne sont plus du tout les mêmes quand on pratique cette intervention en cas de cancer total de l'estomac et mes 3 gastrectomies totales pratiquées chez des malades cachectiques ont été des échecs ; ce qui n'a rien d'étonnant quand on connaît la gravité de la simple laparotomie exploratrice chez de pareils malades. Dans la discussion à l'Académie de Chirurgie j'avais laissé entrevoir la plage que la gastrectomie totale pourrait prendre dans les ulcères de la région cardiaque de l'estomac et le résultat opératoire vient confirmer cette hypothèse.

Nous joignons à cette observation le cliché radiographique de la lésion initiale et celui de l'anastomose œsophago-jéjunale pratiqué au quinzième jour après l'intervention.

Ce n'est pas à propos d'un cas isolé et heureux que nous voudrions conclure que la gastrectomie totale doit être pratiquée dans tous les cas d'ulcère juxta-cardiaque. Si nous l'avons risquée chez notre malade c'est, comme nous l'avons dit, que nous pensions être en présence non d'un ulcère mais d'un cancer du cardia. Etant donné que l'ulcère était calleux et pénétrant, *que cette pénétration se trouvait être en contact du plexus solaire* il en résultait des douleurs intolérables et un amaigrissement extrême, car le malade en arrivait à supprimer toute alimentation pour éviter l'apparition des douleurs. Notre erreur de diagnostic lui a donc été profitable car étant donné la forme anatomo-pathologique de cet ulcère nous ne pensons pas qu'une gastro-entérostomie ou une opération de Madlener aurait pu guérir ce malade. Les douleurs à type solaire se manifestaient en effet dès que le malade venait à s'alimenter et résultaient de la pénétration de l'ulcère au contact de ces éléments nerveux ; seule une intervention d'exérèse pouvait calmer les crises douloureuses. La question de l'anémie post-opératoire après la gastrectomie totale demeure toujours un danger, mais l'intervention est trop précoce pour que nous puissions la juger pour l'instant. C'est néanmoins une considération qu'il ne faut pas perdre de vue et bien que nous ayons eu la satisfaction de guérir notre opéré, nous pensons néanmoins que la gastrectomie totale doit (pour l'instant) être considérée comme une intervention d'exception dans les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac. Rappelons pour terminer l'article de Lortat-Jacob paru dans ce même journal et sur ce même sujet.

SCARLATINE ET FIÈVRE GANGLIONNAIRE

PAR MM.

Jean MINET, Henri WAREMBOURG et Marc LINQUETTE

(Lille)

La scarlatine à toutes les étapes de son évolution peut s'accompagner d'adénopathies. Toutefois, à mesure que le cours de la maladie se prolonge, la participation ganglionnaire devient plus discrète et plus rare. Les adénites tardives, et indépendantes de toute inflammation rhino-pharyngée cliniquement perceptible, ont été groupées en plusieurs types suivant leur date d'apparition. Sous le nom d'adénites de la deuxième semaine Aubert a étudié des poussées inflammatoires ganglionnaires, localisées au territoire sous-maxillaire et accompagnées d'une courbe thermique ascensionnelle entre le huitième et le douzième jour. Leichtenstern, puis Stembo ont isolé un type d'adénopathie, d'apparition à peine plus tardive, mais de pronostic beaucoup plus sérieux, car elle précèderait de deux à trois jours une complication rénale. Enfin, toute une série d'observations groupent sous le terme d'adénopathies post-scarlatineuses des adénites survenant entre la fin de la troisième semaine et la cinquième semaine de la maladie ; une étude complète en a été faite à Vienne, en 1905, par Bela Schick; en France, la thèse de Guyonnet et des publications de Nobécourt leur ont été consacrées.

Cependant la proportion des adénites tardives de la scarlatine reste toujours faible ; la statistique de B. Schick, qui porte sur 990 scarlatines, en relève 71 cas, soit 7,2 pour 100.

Or, de Novembre 1942 à Mai 1943, 52 scarlatineux ont été hospitalisés au pavillon d'isolement de l'hôpital de la Charité à Lille : 21 d'entre eux ont présenté des adénites post-scarlatineuses, ce qui donne une proportion réellement inhabituelle de 40,4 pour 100.

La fréquence exceptionnelle des adénites tardives au cours de certaines scarlatines a déjà été signalée par P. Gautier. Il semble bien que ces complications, d'ordinaire relativement rares, puissent parfois évoluer sous forme d'une petite épidémie à l'intérieur de la grande épidémie de scarlatine.

Les faits particulièrement nombreux que nous allons rapporter nous autorisent à dégager les caractères étiologiques et surtout cliniques d'une telle épidémie.

***

Scarlatines d'enfants et scarlatines d'adultes jeunes peuvent, avec la même fréquence, comporter des adénites tardives. Nous rencontrons en effet cette complication chez 10 sujets de plus de 15 ans et chez 11 adolescents ou enfants. Aucune influence saisonnière ne semble déterminer leur apparition.

Dans notre statistique, c'est entre le onzième et le trentième jour de la maladie que surviennent les adénites et, en divisant l'évolution de la scarlatine en semaines, on peut répartir ainsi nos 21 observations :

2 adénites dans la deuxième semaine.
12 adénites dans la troisième semaine (dont 8 entre le dix-huitième et le vingtième jour).
6 adénites dans la quatrième semaine.
1 adénite dans la cinquième semaine.

Ces chiffres, et surtout la très nette prépondérance dans la troisième et la quatrième semaine, correspondent très exactement à ceux de B. Schick qui, dans la même période, localise 87 pour 100 des adénites post-scarlatineuses qu'il a observées.

***

Dans la majorité des cas, c'est un crochet de la courbe thermique qui attire l'attention. Aucune des complications habituelles de la scarlatine, à cette époque tardive de son évolution, ne peut être mise en cause ; en particulier, l'examen ne décèle aucun signe d'inflammation rhino-pharyngée.

Cependant le malade accuse parfois une légère douleur derrière l'angle de la mâchoire. De toute façon un examen systématique permet de découvrir les ganglions. Les adéniques sous-maxillaires et rétro-angulo-maxillaires sont constantes : bilatérales, elles prédominent pourtant d'un côté. Fréquemment la chaîne cervicale est intéressée. Les adénites généralisées sont plus rares et ne se rencontrent que dans 5 observations. Nous n'avons pas constaté de splénomégalie, ni de participation des territoires ganglionnaires profonds.

Les ganglions sont d'importance variable : parfois gros comme des haricots et plus souvent du volume d'une amande. Ils sont entourés d'une périadénite légère qui les rend peu mobiles. La palpation éveille à leur niveau une légère douleur. Il est capital de souligner à nouveau qu'aucune cause inflammatoire locale ne peut expliquer ces adénopathies.

L'évolution est rapide. En vingt-quatre à quarante-huit heures la température est revenue à la normale et l'atteinte de l'état général — à peine marquée par une asthénie discrète durant la période aiguë — s'estompe. Mais l'inflammation ganglionnaire est plus tenace : si la périadénite et la douleur s'atténuent rapidement, il persiste des petits ganglions durs et mobiles qui finissent par disparaître en huit à dix jours. La résolution sans suppuration a été de règle chez nos 21 malades. Une évolution fâcheuse est exceptionnelle ; toutefois, sur 71 sujets, B. Schick a observé 2 cas de suppuration ganglionnaire.

Dans ses grandes lignes le tableau clinique, avec sa température, sa participation ganglionnaire et son évolution constamment et spontanément favorable, est remarquablement constant. Mais les modalités de la réaction thermique sont telles qu'elles permettent d'individualiser un certain nombre de formes cliniques.

***

Le plus souvent — puisque cette éventualité se représenta 12 fois — l'épisode est remarquablement bénin. Sur le tableau de température on assiste à une poussée à 38°, 38°5 ou 39°, parfois précédée d'une période d'instabilité thermique, plus souvent brutale et associée à de petits frissons. Dans ce dernier cas, l'hyperthermie est d'installation extrêmement rapide et, dans quelques cas heureux, nous avons assisté à son ascension en une ou deux heures. La chute thermique est presque aussi brusque et se fait en vingt-quatre heures, souvent en douze heures. Cependant l'état général est parfaitement conservé.

Chez 3 autres malades, et alors que la symptomatologie ganglionnaire était à peine plus accusée que dans les cas précédents, la température n'a pas eu cette évolution. Elle s'est élevée graduellement jusqu'à 39°-39°5, puis est revenue à la normale tout aussi progressivement.

Enfin, à côté de ces formes ou légères ou moyennes, 6 de nos malades ont présenté des types sévères. On note, dans ces 6 cas, une évolution strictement identique. Une première poussée thermique survient : il apparaît des ganglions nombreux, gros et douloureux dans la région sous-maxillaire ; la température est à 40° en quelques heures ; en quelques heures aussi, elle est revenue à la normale. Mais dans les jours suivants, et avec des intervalles d'apyrexie qui n'excèdent pas quarante-huit heures, on assiste à un deuxième, souvent à un troisième et parfois à un quatrième clocher thermique. Nous avons ainsi 6 courbes thermiques, d'allure pseudo-palustre, qui paraissent calquées les unes sur les autres. Malgré l'apparente gravité des signes généraux l'évolution est restée favorable, l'apyrexie finissant par s'installer définitivement et les adénites rétrocédant lentement. Mais ces malades ont conservé une asthénie marquée qui a prolongé sensiblement leur convalescence.

***

Il importe tout d'abord de signaler que ces poussées ganglionnaires sont bien liées à la scarlatine. Aucune autre étiologie ne peut être retenue. Chez les enfants, les cuti-réactions à la tuberculine s'avérèrent toutes négatives. En deux circonstances, des hémocultures pratiquées à 40° ne firent pousser aucun germe. Les prélèvements pharyngés ou ne donnèrent rien, ou montrèrent des streptocoques. Enfin et surtout, dans un pavillon surchargé et d'isolement relatif, ces accidents ne survinrent que chez les scarlatineux, si l'on fait exception d'un cas de strepto-diphtérie.

D'autre part, il ne semble pas que cette complication de la scarlatine se soit accompagnée plus volontiers des autres complications de la maladie. Certes, Leichtenstern et Stembo ont signalé que pareilles adénopathies précèdent souvent de deux à trois jours une néphrite. Guyonnet admet une particulière fréquence des complications scarlatineuses survenant en même temps que l'adénopathie, dans la période critique de la troisième et de la quatrième semaine. Quant à nous, en aucun cas, nous n'avons observé chez nos 21 malades d'autres complications que ces adénites.

***

Il était logique de se demander si de telles adénopathies, parfois généralisées, ne s'accompagnaient pas de modifications hématologiques. Nobécourt et Lebée, chez un de leurs malades qui présentait une adénite post-scarlatineuse, avaient trouvé une leucocytose à 18.000 avec granulocytopénie à 54 pour 100.

Nous avons exploré le sang de 10 de nos malades — enfants, adolescents, adultes jeunes. Chez tous, il fut constaté une leucocytose variant entre 17 et 35.000 globules blancs par mètre cube. Les globules rouges ne présentaient aucune modification quantitative ou qualitative. Quant à la formule blanche, le plus souvent et à quelques variantes près, elle était normale. Toutefois, chez 2 malades, la proportion des lympho-monocytes atteignait 41 et 57 pour 100 ; chez un autre, il fut trouvé 18 pour 100 de monocytes. A l'opposé, une autre observation montrait une polynucléose neutrophile à 84 pour 100.

Malgré les difficultés d'interprétation des modifications leucocytaires chez des sujets qui sont souvent des enfants et encore en puissance d'infection, il semble bien qu'on doive admettre que les adénites post-scarlatineuses s'accompagnent d'un retentissement hématologique, mais non univoque.

***

Ainsi se dégage cette notion qu'on peut voir apparaître, à une période tardive de la scarlatine, un syndrome constitué par de la fièvre, des ganglions, des modifications hématologiques de la série blanche et une évolution favorable. Roger et Girard ont réuni, sous les termes de syndrome infectieux secondaire, de syndrome de la convalescence ou de syndrome tardif, un ensemble de manifestations variées qui comportent toutes une reprise de température élevée mais courte entre le dix-huitième et le vingt-cinquième jour. En raison de la constance des manifestations ganglionnaires nous croyons que l'étiquette de fièvre ganglionnaire convient mieux aux faits que nous avons rapportés.

Depuis Tidy et Morlay, on a tendance à assimiler cette dénomination à celle de mononucléose infectieuse, car les parentés cliniques entre les 2 maladies sont indéniables. Mais, dans le cadre touffu des fièvres ganglionnaires, la M. I. prend une place bien à part que lui confère l'existence d'un virus transmissible au singe ou à l'homme. A défaut de ce test biologique toujours difficile à rechercher et en l'absence de spécificité clinique, toute M. I. doit répondre à un critère hématologique et à un critère sérologique (R. Sohier). Or, les 10 malades dont nous avons examiné le sang ne présentaient qu'exceptionnellement la monocytose ou la mononucléose habituelles à la M. I. Chez 6 d'entre eux, la réaction de Paul-Bunnel-Davidsohn fut pratiquée : elle montra ou l'absence d'agglutinines anti-mouton ou leur identification aux anticorps de Forssmann. On ne saurait donc assimiler nos observations à ces petites épidémies de M. I. dont plusieurs exemples ont été rapportés.

Cependant — et bien que la spécificité de la réaction d'agglutination ait été affirmée par R. Demanche et par R. Sohier — il existe dans la littérature quelques exemples de M. I. avec réactions de Paul-Bunnel, négatives (G. Medioni). Mais il s'agit là de cas strictement exceptionnels et il serait para-

doxal que nos 6 malades sérologiquement examinés constituassent autant d'exceptions.

A défaut d'une réticulo-endothéliose spécifique, peut-on ranger ces observations dans le cadre de la pathologie réticulo-endothéliale ?

P.-H. Anglade a pu évoquer cette idée à propos de 2 cas de fièvre ganglionnaire avec monocytose survenus au cours d'une épidémie de rubéole. Pour nous, ce ne serait là, en l'absence de tout critère hématologique suffisamment constant et de toute vérification histologique, qu'une hypothèse purement gratuite.

En définitive, aux faits que nous avons rapportés convient seul le terme de fièvre ganglionnaire qui résume suffisamment les caractères primordiaux des observations cliniques, admet l'inconstance des stigmates hématologiques et ne préjuge en rien de leur étiologie et de leur physio-pathologie. C'est en ce sens que ce terme fut créé en 1889 par Pfeiffer ; c'est ainsi qu'il fut à plusieurs reprises défendu par Comby, c'est dans cette précise acceptation enfin que Chaptal et Mlle Labraque-Bordenave le discutaient tout récemment.

A l'origine de cette affection, J. Comby a incriminé le streptocoque. Chaptal a rappelé qu'elle évoluait avec prédilection sur un terrain lymphatique. Et cela explique sans doute que nous ayons observé notre épidémie de fièvre ganglionnaire au décours de la scarlatine et surtout chez des adultes jeunes, des adolescents et des enfants.

Le syndrome clinique de la fièvre ganglionnaire subit actuellement un démembrement étiologique. La mononucléose infectieuse en a été rapidement isolée de par la spécificité de son agent causal. Comme P.-H. Anglade l'avait fait pour la rubéole, nous venons de montrer que la scarlatine constitue une étiologie possible, et sans doute fréquente, de cette affection.

(*Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Charité, à Lille* [Prof. JEAN MINET].)

ORIENTATION NOUVELLE DU CHIMISME BACTÉRIEN

AU COURS DE

LA TUBERCULOSE

Applications pratiques

PAR MM.

Jean PARAF et **Jean DESBORDES**

(Paris)

Des travaux récents, parmi lesquels ceux de Goris, de Machebœuf, d'Anderson, de Sabin, de Robinson, d'Heidelberger, de Bloch, de Nine Choucroun, ont orienté nos connaissances sur le chimisme du bacille de Koch vers des voies nouvelles. Elles ont en particulier mis en lumière le rôle prépondérant des lipides.

C'est ainsi qu'ils ont pu isoler parmi ces lipides des acides gras à formule bien définie : les acides phtioïque, tuberculino-stéarique capables de déterminer par injections à l'animal des lésions tuberculeuses.

Ces faits sont à rapprocher des recherches de Nègre et de ses collaborateurs qui ont montré l'action activante des injections d'acides gras non saturés (extrait acétonique de bacilles ou huile de foie de morue) sur les lésions tuberculeuses du cobaye.

Un grand pas a été fait dans l'étude du chimisme bacillaire le jour où deux auteurs français B. Hoï et P. Cagniant ont pu synthétiser des acides acétiques α-trisubstitués. De ce fait, B. Hoï et R. Ratsimamanga ont pu confirmer les hypothèses de Robinson et montrer que les acides de ce type possèdent au plus haut degré « le pouvoir générateur de cellules type tuberculeux [1] », pouvoir qui semble bien lié à la ramification de la molécule au voisinage de la fonction acide. Bien plus ces auteurs vérifient que la nocivité des lipoïdes *in vivo* est due, non pas à l'acide phtioïque, mais à des acides « déhydrophtioïques » dont la biogénèse précéderait celle de l'acide phtioïque lui-même.

***

Nous avons pensé qu'une preuve plus nette pouvait être apportée à ces hypothèses si l'on montrait l'intervention de ces acides gras α-α-disubstitués dans le mécanisme de l'allergie tuberculeuse.

Aussi avons-nous pratiqué les expériences suivantes :

1° Dans une première série d'essai nous avons pu montrer le rôle joué par les acides du type :

$$\mathrm{CH^3 - (CH^2)^n - \underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - COOH}$$

ou :

$$\mathrm{CH^3 - (CH^2)^n CH = CH - (CH^2)^{n'} - \underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - COOH}$$

dans la préparation et le déclenchement du phénomène de Koch, chez le cobaye. Par exemple le corps

$$\mathrm{CH^2 = CH - (CH^2)^n - \underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - COOH}$$

est injecté au cobaye à la dose de 10 mg. en solution d'huile d'olive. Nous pratiquons régulièrement des intradermo-réactions à la tuberculine à 1 pour 100. Une intradermo-réaction faible apparaît vers le neuvième jour et se renforce jusqu'au vingt-quatrième jour. L'inoculation à ces animaux de 0 mg. 04 de bacilles de Koch virulent provoque dès le lendemain une réaction inflammatoire avec un poinr croûteux au centre qui s'élimine lentement vers le sixième jour. Il s'agit d'un phénomène de Koch traduisanr un état immuno-allergique du cobaye. Un autre lot de cobayes subit une primo-infection de 0 mg. 04 de bacilles de Koch virulent. Un mois après, quand les animaux sont porteurs d'un petit chancre suppurant, avec adénopathie et intradermo, positive, nous injectons 10 mg. d'acide gras. Dans tous les cas il se produisit rapidement un escarre croûteux qui s'élimina en trois ou quatre jours, faisant place à une peau saine sans réaction ganglionnaire. La première lésion continuant à évoluer normalement.

Il est donc possible de produire avec les acides gras α-α-disubstitués un état allergique sans doute fugace et faible pour l'instant, mais incontestable et suffisant pour modifier les conditions de réinfection par des bacilles virulents. Inversement l'injection d'acides gras $\alpha\alpha$-disubstitués chez un animal déjà rendu allergique par injection préalable de bacilles virulents provoque un phénomène de Koch typique.

2° Dans une seconde série d'expériences nous avons pensé que si l'hypothèse précédente était exacte, il devait être possible d'attribuer la production des tissus tuberculeux aux acides α-α-disubstitués chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses.

Dans ce cas on devait pouvoir explorer la sensibilité allergique de ces malades avec les acides envisagés. En effet les faits expérimentaux ont répondu à notre attente. Des nombreuses intradermo-réactions avec ces corps ont été positives chez tous les sujets dont l'allergie avait été vérifiée par une curi-réaction positive à la tuberculine brute. Par exemple 2 malades en état d'hyperergie manifeste, étant porteuses d'un érythème noueux [2] nous onr donné de fortes réactions positives avec les acides :

$$\mathrm{CH^3 - (CH^2)^{11} - \underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - COOH,}$$

$$\mathrm{\underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - C = CH - (CH^2)^2 - \underset{CH^3}{\underset{|}{CH}} - (CH^2)^2 - \underset{CH^3}{\overset{CH^3}{\underset{|}{\overset{|}{C}}}} - COOH,}$$

$$\mathrm{CH^3 - (CH^2) - \underset{C^2H^7}{\underset{|}{CH}} - COOH} \quad \text{etc...}$$

La place nous manque ici pour donner le détail d'expériences qui, tant sur l'animal (phénomène de Koch) que sur l'homme (intradermo-réactions) nous ont montré que l'action de ces corps gras était due à la ramification de la chaîne au voisinage de la fonction acide (position α) [réponse toujours négative avec *tous* les acides gras linéaires sans ramifications], à la fonction acide [réponse négative avec fonctions cétone, amine, amide]. Enfin l'étude de l'introduction de cycles divers dans la chaîne linéaire a été abordée, de même celle de l'importance de la nature de la ramification (méthyle, éthyle, pentagonale). Le résultat a été publié ailleurs (*Bull. Soc. Chim. biol.*, 1944 [sous presse]).

***

On voit, par ces quelques exemples, que le rôle agressif du bacille de Koch peut être recherché dans les lipides du bacille, et que parmi ceux-ci il faut attribuer un rôle de premier plan aux chaînes grasses à fonction acide possédant des ramifications en α.

On peut, d'ores et déjà, entrevoir l'action de ces corps dans la production de l'allergie et de l'immunité au cours de la tuberculose. Les recherches en cours dans notre laboratoire et poursuivies activement sont pleines de promesses dans ce sens. Comme premier résultat acquis, au point de vue pratique, on peut dire qu'il est possible de créer un état immuno-allergique chez le cobaye rien qu'en injectant maintenant une substance *synthétique*. C'est du reste un phénomène analogue à ceux réalisés par les auteurs américains avec les polysaccharides du pneumocoque. Dans les deux cas les propriétés agressives de la bactérie ont été remplacées par un corps préparé par synthèse (lipide chez le bacille de Koch, hydrate de carbone pour le pneumocoque). Comme second résultat on peut affirmer que la réponse positive d'une intradermo-réaction peut être attribuée aux lipides du bacille autant qu'aux protides.

BIBLIOGRAPHIE

Il est impossible dans le cadre restreint actuel de donner une bibliographie de cette question. Le lecteur pourra trouver les références dans les ouvrages, revues ou articles suivants :

ANDERSON : The Chemistry of the lipoides of the tubercle bacillus and other microorganismes. *Natur.*, 1939, **3**, 145. — FETHKE : *Susbstances lipoïdiques du bacille de Koch* (*Hermann*, édit.), Paris, 1938. — J. PARAF : *L'immunité au cours de la tuberculose* (*Masson*, édit.), 1936. — J. DESBORDES et A. PARAF : Contribution à l'étude de l'allergie tuberculeuse. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1944 (sous presse). — B. HOÏ et R. RATSIMAMANGA : *C. R. Soc. de Biol.*, 1943, **137**, 362 et 189.

1. Histologiquement ces auteurs obtiennent : 1° des cellules type Longhans ; 2° des amas de cellules épithélioïdes ; 3° des plages caséeuses.

2. Il n'y avait aucune réaction chez des sujets (enfants ou jeunes gens) à cuti-réaction négative.

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

PAR L'ÉLECTROCOAGULATION DU GANGLION DE GASSER

Par **Jean-Paul GRINDA**

(Nice)

Qui ne connaît le martyre des malades atteints de névralgie faciale ?

La pénible histoire de nos opérés se résume toujours ainsi : « Je souffre depuis quinze à vingt ans. Les crises ont été de plus en plus rapprochées et de plus en plus douloureuses. J'ai tout essayé : dents arrachées une à une, morphine, injections de toutes sortes, traitements physiothérapiques, injections d'alcool de plus en plus fréquentes. Je ne me suis jamais débarrassé de ces abominables crises douloureuses. »

La névralgie faciale ne tue pas, c'est pire, elle conduit au suicide.

« C'est un devoir pour nous de proclamer partout que nous pouvons aujourd'hui guérir ces malades du premier coup » (Leriche).

***

« Les injections d'alcool bien faites (ce qui n'est pas facile) ont peu d'inconvénients. Elles ne guérissent pratiquement jamais la névralgie. L'expérimentation montre (Bériel) que l'injection n'est jamais neurolytique » (Leriche).

Restent 2 solutions : soit la section chirurgicale de tout ou partie de la racine sensitive du trijumeau par voie temporale (Frazier) ou occipitale (Dandy) ; soit l'électrocoagulation des cellules ganglionnaires, siège de la maladie, par ponction transcutanée (Kirschner).

Notre but, après nos premières expérimentations, est d'affirmer la simplicité, la précision et l'efficacité de la technique de Kirschner.

***

Nous ne décrirons pas ici la technique de l'électrocoagulation que nous avons précisée dans le livre de Zenker (*Masson*, 1942) et dans la thèse d'un de nos élèves.

Nous nous bornerons à en rappeler les principes.

Sur une radiographie de la base du crâne, exécutée avec l'étrier de direction, il est facile de déterminer avec exactitude le siège des trous ovales à X... mm.

de la ligne médiane, à X... mm. en avant de l'axe des conduits auditifs.

Ainsi, quelles que soient l'épaisseur des parties molles et les variations individuelles du crâne, le centre du trou ovale est déterminé avec exactitude dans les trois plans de l'espace.

L'étrier viseur, qui tourne comme une visière autour de l'axe des trous ovales, conduira automatiquement l'aiguille à ponction au centre du trou ovale et, de là, dans le ganglion de Gasser.

Suivant l'incidence choisie, l'aiguille atteindra soit le tiers externe, siège des névralgies du maxillaire inférieur, soit le tiers moyen, siège des névralgies du nerf maxillaire supérieur.

En aucun cas, elle ne peut atteindre le tiers interne ophtalmique du ganglion.

En aucun cas non plus, elle ne peut dépasser son but et perforer le cavum de Meckel, grâce au curseur de frein qui limite la profondeur de pénétration de l'aiguille au delà du trou ovale.

***

Il est peu d'interventions aussi simples et aussi rapides.

Sous anesthésie générale légère à l'évipan, l'aiguille munie de son trocart est introduite par ponction cutanée, puis remplacée par la sonde électrocoagulante. Un variomètre et un milliampèremètre de précision offrent le choix de coagulations faible, moyenne ou forte, suivant le résultat recherché.

Ainsi, grâce à des variations d'incidence et de profondeur de l'aiguille et d'intensité du courant, l'opérateur peut détruire *d'une façon élective les cellules ganglionnaires du ganglion* de Gasser, siège de la névralgie du trijumeau.

Toute l'intervention demande quelques minutes.

Dès leur réveil, les malades sont guéris et soulagés à titre définitif de leur effroyable infirmité. Il est peu de malades aussi reconnaissants.

***

Nos premiers résultats d'électrocoagulation du ganglion de Gasser manquent de recul, ils seront rapportés ultérieurement. Ils confirment entièrement les résultats des 1.000 électrocoagulations faites en 1942 par le Prof. Kirschner et ses assistants.

La méthode est remarquablement simple. Il n'y a pas besoin d'être ingénieur pour l'appliquer, ni de calculs compliqués.

Sa précision est très grande.

Dans aucun cas nous n'avons raté le trou ovale. Dans aucun cas nous n'avons détruit autre chose que les cellules ganglionnaires choisies à l'avance. Bien souvent, surtout au début, nous avons péché par timidité et employé des coagulations trop faibles. Rien n'est plus facile que de recommencer le lendemain et de détruire les cellules voisines par une coagulation plus forte, définitive.

Le résultat de la coagulation est indiscutable. Dès le réveil on est fixé. Si l'anesthésie en bande jugomentonnière est obtenue, les cellules ganglionnaires du maxillaire inférieur sont définitivement détruites. Si l'anesthésie atteint la lèvre supérieure et le plan sous-nasal, les cellules ganglionnaires du maxillaire supérieur sont définitivement détruites.

Son innocuité nous a paru totale. Nous n'avons aucun incident à déplorer (Kirschner n'en a pas eu dans les 500 derniers cas) et nous ne croyons pas qu'il puisse en être autrement, en dehors d'erreur grossière. La technique est maintenant parfaitement au point.

Jamais le territoire de l'ophtalmique n'a été atteint et j'imite l'exemple de Leriche qui, après neurotomie rétrogassérienne, n'impose à ses malades « aucune précaution spéciale ni dans les premiers jours, ni plus tard. Je ne leur fais pas porter de lunettes. Ils vont bien » (Leriche).

Et pour conclure, je ne résisterai pas au plaisir de citer le même auteur qui, dans son admirable *Traité de la chirurgie de la douleur,* écrit : « Dès que la récidive a montré après injection d'alcool que l'algie est bien définitive, l'intervention (la neurotomie rétrogassérienne) doit être proposée. On hésite. On réinjecte de l'alcool. A quoi bon ? Songez à l'enfer des douleurs qui se répètent et à la brièveté de la vie. »

LE TARTRATE D'ERGOTAMINE

MÉDICATION PRÉVENTIVE DE LA

MIGRAINE OPHTALMIQUE

Par **Pierre BLAMOUTIER**
(Paris)

Depuis une vingtaine d'années le Tartrate d'Ergotamine a été employé dans le traitement de la migraine, soit préventivement, soit plutôt dans un but sédatif, dès le début de l'accès douloureux. Tzanck en particulier a montré que cette médication a le pouvoir de faire avorter certaines crises, si elle est donnée à temps, mais qu'elle n'est douée que d'une action purement symptomatique et transitoire, son effet cessant en effet quand on suspend son administration.

Les auteurs américains considèrent que l'ergotamine employée surtout par la voie parentérale est presque spécifique de la douleur migraineuse. Ils ont obtenu des succès dans 90 pour 100 des cas qu'ils ont traités, Lennox et von Storch préférant la voie endoveineuse (1/4 de mg.), O'Sullivan la voie hypodermique (1/2 mg.); ce pourcentage s'abaisse à 82 pour 100, si l'administration se fait par voie orale (5 mg. en moyenne). Mais les mêmes auteurs ne reconnaissent au T. E. aucune action préventive.

Par contre, certains admettent que la prise systématique du médicament peut empêcher la migraine d'apparaître; c'est le cas, par exemple, pour les femmes qui, réglées régulièrement, peuvent prévoir leur migraine à jour fixe : l'ingestion quotidienne de 2 mg. de T. E. pendant les trois jours qui précèdent leurs règles supprime la crise.

Mais tous les auteurs sont d'accord pour proscrire l'administration indéfiniment prolongée du T. E. dans le but d'éviter une crise migraineuse épisodique. Tel n'est pas notre avis, quand il s'agit de la *forme ophtalmique* du syndrome migraineux, avec ses multiples et variables sensations : scotome scintillant et ses équivalents, hémianopsies précédant l'hémicranie habituelle.

Nous avons observé et suivi 7 malades présentant une migraine ophtalmique absolument typique, que nous avons traitée par la prise quotidienne de Gynergène pendant des mois et même des années, et chez qui nous avons habituellement constaté la disparition des troubles ophtalmiques, et, le plus souvent aussi, une influence très nette sur les manifestations algiques elles-mêmes.

OBSERVATION I. — M. G., 32 ans, est un grand migraineux depuis l'enfance. Son père et son grand-père avaient des crises de migraine ophtalmique. Son fils, âgé de 8 ans, en présente de typiques également. C'est toujours de façon très brusque, au moins une fois par semaine, qu'à un moment quelconque de la journée, les phénomènes visuels font leur apparition. S'il est au volant de sa voiture, il n'a que le temps d'arrêter son moteur et de se ranger le long du trottoir. Un globe lumineux extrêmement brillant apparaît devant ses yeux; sa limite en zig-zag se rétrécit au bout de quelques minutes, mais son centre est alors animé de vibrations extrêmement rapides. Au bout de dix minutes environ, les phénomènes visuels disparaissent, mais s'installe alors une intolérable sensation de broiement dans la profondeur de l'orbite qui lui arrache des plaintes et qui va l'immobiliser dans l'obscurité totale, loin de tout bruit, sans faire un mouvement, pendant une dizaine d'heures. Aucune thérapeutique, vu la soudaineté d'apparition de la crise, n'a jamais apporté la moindre sédation. Or le Gynergène, pris quotidiennement (2 mg.) sans arrêt depuis Juillet 1938, a d'abord diminué la fréquence et l'intensité des crises (une ou deux fois par mois, avec les mêmes symptômes, mais très atténués), puis totalement modifié l'existence de notre malade, dont l'activité se trouvait de plus en plus réduite, et qui vivait jusque-là dans une hantise permanente d'une crise ophtalmique douloureuse. Les accès ne survinrent plus que par intervalles espacés (une fois par mois, puis tous les deux ou trois mois seulement), et ne furent plus caractérisés que par des éclairs fugaces et un martèlement ne durant qu'une heure ou deux, et n'obligeant plus le malade à s'aliter. Nous avons essayé de donner 3 mg. de T. E. chaque matin, mais cette dose fut mal tolérée (état nauséeux) ; aussi, depuis Novembre 1939, M. G... a-t-il repris tous les matins 2 mg. de T. E. avec la plus grande régularité, sans aucun inconvénient.

OBSERVATION II. — Mlle S..., 35 ans. Crises typiques de M. O. (avec flammèches et mouches volantes traversant le champ visuel, hémianopsie horizontale), courtes (deux ou trois heures), survenant 3 ou 4 fois par semaine, depuis cinq ans. L'amélioration par le T. E. est immédiate (2 mg., puis 1 mg. 5 chaque matin). La malade n'accuse que deux petites ébauches de crise (quelques minutes) le premier mois, une seule au cours des quatre mois suivants. Depuis neuf mois, elle va très bien et continue le traitement.

OBSERVATION III. — Mme V..., 40 ans. M. O. bimensuelle typique, datant du jeune âge, avec plusieurs scotomes hémiopiques partiels confluant en une hémianopsie totale avant de disparaître (œil droit et œil gauche). Toutes les médications essayées, protéiniques ou cristalloïdiques, ont échoué. Le Gynergène (2 mg. le matin pendant un mois, puis 1 mg. régulièrement, chaque jour, depuis sept mois) a transformé la vie de la malade. Elle n'a eu que deux ébauches insignifiantes de M. O. au cours des deux premiers mois. Aucune manifestation depuis six mois.

OBSERVATION IV. — Mlle L..., 14 ans. Hépatique, fille de migraineuse, présente des M. O. depuis quatre mois, tous les huit à dix jours en moyenne, six mois après l'installation de règles normales. Crises typiques avec la perception d'une roue dentée brillante animée de mouvements rapides de rotation. Prend tous les matins 1 mg. de T. E. pendant treize mois; les crises s'espacent, sont plus courtes et moins pénibles dès le début du traitement. Elles disparaissent au cours du troisième mois. A cessé le Gynergène depuis vingt-deux mois. N'a eu aucune crise depuis dix-neuf mois.

OBSERVATION V. — M. L..., 27 ans. Fils d'asthmatique. A des migraines depuis le jeune âge. Jusqu'à 25 ans, celles-ci ne se manifestaient que par des douleurs intra- et sus-orbitaires droites, extrêmement violentes, accompagnées de nausées et de vomissements. Depuis deux ans, des phénomènes ophtalmiques (flammèches) et paresthésiques (sensation d'engourdissement dans les trois derniers doigts de la main droite, remontant au poignet, puis au coude et à l'épaule), précèdent toujours de quelques minutes la crise douloureuse. Le malade pouvait rester trois ou quatre mois sans avoir de crises, comme il en pouvait présenter 4 ou 5 dans le même mois. Nous conseillâmes le T. E. (2 mg. quotidiennement, dose qui fut toujours bien tolérée depuis dix mois). Les crises céphalalgiques n'ont pas cessé, bien qu'elles soient nettement atténuées (avec la même fréquence et la même irrégularité, semble-t-il, qu'avant le traitement), mais, depuis la prise du Gynergène, les manifestations oculaires et paresthésiques ont complètement disparu.

OBSERVATION VI. — Mme V..., 41 ans. Souffre de migraine simple typique depuis la puberté (le plus souvent crises bimensuelles, le premier jour des règles et vers le milieu du cycle). A partir de l'âge de 24 ans, chaque crise douloureuse fut annoncée, une dizaine de minutes avant la douleur sus-orbitaire elle-même, par l'apparition de nombreuses mouches volantes qui traversaient rapidement le champ visuel. Divers antialgiques (pyramidon, antipyrine, aspirine) ont toujours influencé l'état douloureux, mais aucune médication n'a jamais fait cesser ce véritable aura de la crise douloureuse que représentaient les mouches volantes. Or, le T. E. pris quotidiennement (2 mg., 1 mg. 5, puis 1 mg. chaque matin, fit rapidement disparaître la crise qui apparaissait vers le milieu du cycle et les manifestations ophtalmiques précédant la crise menstruelle proprement dite. La céphalée migraineuse du premier jour des règles disparut par un traitement lutéinique (injection de progestérone) institué le vingt-trois et le vingt-cinquième jour du cycle. Depuis près d'un an Mme V... n'a plus eu une seule crise (ni mouches volantes, ni douleurs sus-orbitaires ou occipitales).

OBSERVATION VII. — M. R..., 26 ans. Début des migraines en Mai 1936 ; crises typiques, régulièrement tous les huit à dix jours, de migraine ophtalmique avec scotome scintillant et hémianopsie droite durant un quart d'heure environ, avant l'apparition d'une douleur sus-orbitaire droite intense, de nausées et vomissements; chaque crise dure de douze à quinze heures. Il prend 2 comprimés de Gynergène, à trente minutes l'un de l'autre (soit 2 *mg.*) chaque matin. Le traitement est suivi très régulièrement pendant cinq mois et demi, au cours desquels pas une crise n'apparaît, même ébauchée. Mais, accusant dans les deux heures qui suivent la prise du T. E. quelques vertiges et nausées qui se renouvellent quotidiennement, il cesse de lui-même la médication : vingt jours après, crise typique de M. O. Il prend alors le T. E. tous les deux jours seulement (1 comprimé) pendant trois mois; pas de grandes crises, mais, de temps à autre, une hémianopsie passagère ou une vision d'objets déformés pendant quelques minutes, avec une algie sus-orbitaire consécutive, durant une heure ou deux. Ne pouvant augmenter la dose de T. E., nous remplaçons, en Octobre 1937, le Gynergène par une association de T. E. (0 mg. 3) de bellafoline (0 mg. 1) et de gardénal (2 cg.) : 3 comprimés (soit 0 mg. 9 de Gynergène) chaque matin, à dix minutes l'un de l'autre. Ce produit est parfaitement toléré et ne provoque aucun ennui. Pendant cinq mois le malade n'accuse pas, avec cette dose, le moindre trouble oculaire ou algique. De Février à Août 1938 il ne prend plus, chaque matin, que 2 de ces comprimés (0 mg. 6 de T. E.) et n'accuse aucun trouble ophtalmique ni douloureux. Mais, pendant les vacances il interrompt le traitement pendant trois semaines : 2 crises typiques éclatent à huit jours d'intervalle. Aussi, reprend-il aussitôt son traitement (2 comprimés quotidiens). Voulant nous rendre compte de l'action possible sur les migraines des médications associées au T. E., nous lui faisons faire, au cours des trois mois suivants, 2 cures alternées de vingt jours de bellafoline (0 mg. 4), puis de gardénal (4 cg.). Il présente pendant ce temps de nouvelles crises de migraine ; aussi reprend-il l'association médicamenteuse T. E.-bellafoline-gardénal avec la plus grande régularité : 2 comprimés pendant trois mois et, depuis le mois de Février 1939, 1 comprimé chaque matin, *pendant quatre ans*, sans arrêt. Depuis le début de 1943 il ne prend plus qu'un comprimé tous les deux jours. Au cours des cinq dernières années, il n'a pas eu une seule véritable crise de M. O., mais seulement, une ou deux fois par an jusqu'au début de 1942, des crises douloureuses atténuées et courtes, sans signe ophtalmique aucun. Depuis dix-huit mois, il n'a présenté aucun symptôme de type migraineux.

***

Ces 7 observations nous montrent l'action certaine du T. E. sur les manifestations ophtalmiques de la migraine. Leur intérêt réside surtout dans le fait que la médication a été prise régulièrement et de façon prolongée (sept, dix, douze, treize et quatorze mois ; cinq et sept ans), chaque jour, donc préventivement.

Tous les phénomènes visuels, le scotome et ses équivalents comme l'hémianopsie, ont été également influencés. La céphalée migraineuse s'est toujours atténuée dans des proportions considérables, quand elle n'a pas disparu complètement.

Nous n'avons réuni dans cet article que des cas de migraine ophtalmique, mais nous avons fréquemment donné, *à titre préventif*, aussi du T. E. à des migraineux simples, ne présentant pas de troubles oculaires. Or, dans ces cas, les résultats

que nous avons enregistrés ont été nettement moins favorables : les crises se répétaient avec plus de persistance, les douleurs étaient moins influencées par la médication.

Dans un cas (observation V), les phénomènes paresthésiques du membre supérieur ont disparu en même temps que les troubles visuels, alors que l'hémicranie elle-même persistait, quoique très atténuée.

Dans l'observation VII, l'association de T. E., de bellafoline et de gardénal a été mieux tolérée que le Gynergène simple dont la prise quotidienne entraînait quelques nausées et vertiges. Or, nous nous sommes assuré que les extraits totaux de belladone comme la phényléthylmalonylurée, pris isolément, n'avaient aucune influence sur les migraines ophtalmiques de notre malade. Cette observation est spécialement intéressante, en ce qui concerne l'ancienneté de la guérison (sept ans) et la persévérance de l'intéressé, qui, ayant présenté des rechutes en interrompant, à deux reprises, pendant quelques semaines, le médicament, ne veut plus le cesser désormais, dans la crainte de voir les crises réapparaître.

Nous pensons en effet que le traitement préventif de la migraine ophtalmique par le T. E. doit être continué sans aucun arrêt, les essais malheureux faits par nos malades, qui l'avaient interrompu alors qu'ils se croyaient guéris, le prouvent.

Nous rapprocherons volontiers l'effet du T. E. dans la migraine ophtalmique de l'action du gardénal contre le mal comitial. De même que le gardénal supprime les accidents épileptiques, mais ne guérit pas la maladie, le Gynergène, pris régulièrement à titre préventif dans la migraine ophtalmique, atténue notablement la céphalalgie et fait disparaître les troubles visuels qui le précèdent, sans qu'on puisse naturellement parler de guérison.

(*Hôpital Bichat,*
Service du Prof. PASTEUR VALLERY-RADOT.)

MOUVEMENT MÉDICAL

MÉTABOLISME DU FER ET FER DU SÉRUM

De tous les métaux le fer est probablement celui dont le rôle dans les phénomènes de la vie est le plus important, du moins chez les animaux supérieurs. C'est dire de quel intérêt pour la physiologie, la clinique et la thérapeutique est l'étude de ce métal. Malheureusement, pendant longtemps, l'exploration du métabolisme du fer a souffert du manque de méthodes de dosage sensibles et fidèles: sensibles, car les quantités en jeu sont de l'ordre du γ; fidèles, car l'ubiquité du fer prête à l'erreur. Jusqu'à ces dernières années, on n'avait guère de méthode qui permît de doser de faibles quantités avec exactitude et, d'autre part, on n'avait pas réussi à priver complètement de fer hémoglobinique le sérum sanguin ni à libérer le fer de toutes ses combinaisons organiques, si bien qu'une des formes les plus importantes du fer dans l'organisme, le fer sérique, était passée quasi inaperçue. Bunge niait même son existence et Abderhalden, en 1923, le tenait encore pour négligeable. Les techniques récentes d'analyse ont bouleversé ces conceptions et dévoilé, au contraire, le rôle considérable joué par le fer sérique et son importance en physiologie, en pathologie et en thérapeutique.

TECHNIQUE. — Fontès et Thivolle furent les premiers, en 1925, à déceler quantitativement l'existence du fer dans le sérum du cheval, 2 mg. par litre environ, mais leur procédé d'analyse était encore trop imparfait. Ce sont les travaux de Heilmeyer et Plötner (1937) qui nous ont donné la méthode capable à la fois de doser tout le fer sérique, et rien que le fer sérique, à l'exclusion du fer hémoglobinique, et de doser de très minimes quantités de fer.

Bornons-nous à indiquer l'essentiel de la technique. Le sang est prélevé avec une aiguille inoxydable (nickel). Tous les récipients en verre et les filtres doivent être rendus exempts de fer par traitement préalable à l'acide nitrique. Le sérum centrifugé est additionné d'abord de moitié de son volume d'acide chlorhydrique pour libérer tout le fer de ses combinaisons, puis, au bout de dix minutes, de son volume d'acide trichloracétique à 20 pour 100, pour le désalbuminer. Le filtrat est exactement neutralisé au moyen d'ammoniaque en présence d'une goutte de paranitrophénol à 1 pour 100 comme indicateur, et réacidifié par l'acide chlorhydrique. On ajoute V gouttes d'hydroquinone à 2 pour 100 et V gouttes d'orthophénanthroline à 1 pour 100, qui donne une coloration rose avec les ions ferreux. La lecture se fait au spectrophotomètre après interposition du filtre S 50. Une formule permet de calculer rapidement le résultat.

Minutieuse dans le détail, car il faut se défier de l'introduction accidentelle de fer, cette méthode est au fond assez simple pour se prêter aux recherches cliniques. Son exactitude a été confirmée par Lederer, Hemmeler, Déjardin et Lambrechts. Grâce à elle, Heilmeyer et Plötner, suivis bientôt de nombreux autres chercheurs, ont pu pénétrer fort avant dans le métabolisme du fer et réaliser des acquisitions d'un intérêt certain dans le domaine tant physiologique que pathologique.

I. — FER DU SÉRUM ET PHYSIOLOGIE.

Nos connaissances sur le métabolisme du fer pouvaient jusqu'à ces derniers temps se résumer ainsi : Si l'on admet qu'il faut compter 3 mg. 35 de fer pour 1 g. d'hémoglobine, on arrive à un total de 2 g. 50 pour l'hémoglobine sanguine de l'homme adulte. Si l'on estime le reste du fer tissulaire à 1 ou 2 g., le total du fer contenu dans le corps humain est de 3 g. 50 à 4 g. Normalement l'organisme se maintient en équilibre ferrugineux, absorbant autant qu'il élimine, avec un apport quotidien de 25 à 50 mg. de fer organique contenu dans les aliments, dont 1/4 à la moitié parvient à être résorbé. Le fer alimentaire ne peut franchir la barrière digestive qu'à l'état d'ion ferreux. Pour que s'opère cette transformation du fer alimentaire, il est indispensable qu'il subisse l'action globale d'un suc gastrique normal. Lederer a montré, en effet, que ni l'acidité gastrique, ni les ferments de l'estomac ne sont isolément capables de l'accomplir. Dans la partie supérieure de l'intestin grêle joue une régulation délicate qui doit maintenir le capital de l'organisme en fer à un niveau déterminé, la cellule épithéliale duodénale accélérant ou restreignant la résorption suivant les besoins. Comme le fer, ainsi que l'iode, semble être la seule substance minérale importante capable d'être emmagasinée, il est probable qu'au delà de la cellule épithéliale duodénale, le système endocrinien intervient dans la régulation du métabolisme du fer, comme il le fait dans celui de l'iode. L'excrétion du fer a lieu principalement dans le gros intestin, à raison de 20 à 30 mg. par jour, et très accessoirement par l'urine (1 mg. par jour), ces chiffres étant très approximatifs.

Le fer apporté à l'organisme y trouve son utilisation sous trois formes différentes : fer de réserve, fer hémoglobinique, fer fonctionnel.

Le fer de réserve se localise surtout dans le foie et dans la rate.

L'hémoglobine renferme la majeure partie du fer de l'économie (2 g. 50). Dans l'hémoglobine, le fer joue le rôle de véhicule de l'oxygène, apportant ce dernier des alvéoles pulmonaires aux organes et aux tissus où il est consommé.

Mais partout dans l'économie, en dehors du fer de l'hémoglobine, on rencontre encore du fer, le fer tissulaire, largement répandu en quantités minimales et jouant un rôle capital dans les processus biologiques d'oxydation. Il entre dans la constitution des catalases, des peroxydes, du ferment respiratoire de Warburg, des hémines cellulaires, des cytochromes, ces pigments respiratoires à l'échelle cellulaire, dont le rôle est essentiel dans le métabolisme intermédiaire. Dans les ferments d'oxydation activant l'oxygène, ce sont dans une large mesure des atomes de fer qui sont les porteurs de l'action catalytique, en passant réversiblement de l'état ferreux à l'état ferrique. Pour Thönes et Aschaffenburg, le fer tissulaire doit être considéré, pour la plus grande part, comme du fer de dépôt et de réserve, et pour la plus petite part, comme du fer fonctionnel. Ce fer fonctionnel est aussi capital pour la vie que le fer hémoglobinique. Les recherches de Warburg sur la respiration cellulaire nous ont appris que toute vie cellulaire est inconcevable sans ce fer fonctionnel et que la fonction de la cellule dépend de son capital en fer. La respiration cellulaire est liée à ce fer fonctionnel qui, par son action catalytique, se comporte comme un véritable ferment respiratoire. Comme les métaux lourds, il joue un rôle important dans l'activation de l'oxygène. Dans le métabolisme intermédiaire le fer passe des degrés inférieurs d'oxydation aux degrés supérieurs. Ainsi le métal porte l'oxygène à l'endroit où il doit être consommé et continue là à le fournir sous forme atomique.

Aux dépens de la partie du fer tissulaire qui exerce sa fonction en tant que fer de réserve doit s'opérer la fourniture ultérieure de fer d'utilisation destiné au fer hémoglobinique et au fer fonctionnel agissant comme catalyseur. Le fer de réserve peut être employé à la synthèse de l'hémoglobine, mais peut-il aussi remplacer le fer catalyseur dans les tissus ? Warburg a montré que seul le fer bivalent peut devenir actif en tant que fer fonctionnel. Starkenstein a cherché à savoir sous quelle forme le fer est emmagasiné dans l'organisme. Il a constaté que le fer de dépôt du foie et de la rate ne peut être utilisé que pour la synthèse de l'hémoglobine, mais non pour le renouvellement du système catalytique. La rate n'accepte et n'emmagasine que du fer trivalent. Le foie accepte le fer bivalent et trivalent, mais ne l'accumule que sous forme bivalente. Le fer hépatique bivalent n'est, d'après Starkenstein, que du fer de réserve inactif. Mais si le fer fonctionnel ne peut ainsi attendre aucun appoint nouveau du fer de réserve de l'organisme, il se trouve réduit au seul fer alimentaire pour couvrir les besoins du système catalytique. Une autre mission encore échoit, selon Starkenstein, au fer fonctionnel : c'est de lutter contre l'infection. Il a pu constater que chez un lapin recevant de la toxine diphtérique, le fer se rassemble dans le tissu réticulo-endothélial de la rate qui intervient activement pour combattre le poison bactérien.

Les travaux récents de Heilmeyer et Plötner, de von Goidsenhoven, de Lederer, de Hemmeler, etc., ont établi définitivement l'existence dans le sérum d'une petite quantité de fer qui n'appartient pas à de l'hémoglobine libérée par hémolyse. Cette petite fraction de fer, de l'ordre de 100 à 200 γ pour 100, selon l'espèce animale considérée, se trouve être, comme le soulignent Cozyns, Ballière et Lederer, le centre de tout le métabolisme du fer et c'est par son intermédiaire que se font tous les échanges dans l'organisme.

Le taux du fer sérique se montre sensiblement constant chez les sujets adultes, mais il existe une différence caractéristique entre les deux sexes, ce taux étant notablement plus élevé chez l'homme, en moyenne 130 γ pour 100, tandis qu'il n'est que de 110 γ pour 100 chez la femme arrivée à maturité sexuelle, soit une différence de l'ordre de 20 pour 100. Cette différence sexuelle, qui est plus grande que celle qui se trouve entre les taux de l'hémoglobine, n'existe pas avant la puberté. A ce moment le fer sérique, qui a augmenté d'une façon lente et continue depuis les premiers mois de la vie, présente le même taux moyen quel que soit le sexe. Il se produit alors une rapide ascension de la courbe du fer chez l'homme, tandis que chez la femme survient une légère baisse. Quelle en est la cause ? Heilmeyer incrimine la perte sanguine menstruelle, opinion que combattent Albers, Déjardin et Lambrechts, car cette baisse devrait augmenter avec la succession des règles, alors qu'il n'en est rien, et, lors de la ménopause, le taux du fer sérique devrait se relever ; or, après la suspension des règles, on trouve un taux semblable ou même un peu plus bas qu'à la maturité sexuelle. Il faut donc admettre que le taux du fer sérique dépend moins de la perte de sang mensuelle que de l'activité endocrinienne qui se manifeste à partir de la puberté et intervient ainsi dans la régulation du métabolisme du fer. Cette différence sexuelle tend à disparaître avec la vieillesse par accroissement féminin et baisse masculine (Déjardin et Lambrechts).

Les mouvements du fer sérique qui se produisent au cours de la vie génitale de la femme ne sont pas moins intéressants.

La *gestation* s'accompagne de modifications profondes dans le métabolisme intermédiaire qui se traduisent par des différences caractéristiques dans

la composition du sang : augmentation considérable de la masse sanguine, le plasma s'accroissant de 3/4 de litre, tandis que par dilution le chiffre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine baissent parallèlement de 10 pour 100 par unité de volume de sang ; renouvellement plus rapide du sang (Hansen) ; modifications de la glycémie et de la tolérance aux hydrates de carbone. Le fer sérique, lui aussi, subit des changements significatifs, reflétant la mobilisation du métal contemporaine de la gestation qui doit fournir au fœtus 1 *g.* 50 à 2 *g.* de fer. Il passe en moyenne de 110 γ pour 100 à 130 γ pour 100. Cette augmentation de 20 pour 100, si l'on tient compte de l'accroissement de la masse sanguine, signifie en réalité une augmentation de 70 pour 100 du fer circulant. Par contre, le fer des organes baisse chez l'animal gravide. Seul, un organe s'enrichit en fer, l'utérus. C'est, précisément, l'organe qui, comme récepteur du fœtus, est en relation étroite avec le métabolisme de ce dernier. Par l'utérus et le placenta le fœtus est déjà pourvu de fer *in utero,* le fer dans le sérum du cordon présentant le même taux que dans le sérum de la mère.

Albers a pensé pouvoir tirer parti de cette augmentation du fer du sérum qui se manifeste dès le premier mois de la grossesse en vue d'un diagnostic précoce et rapide de l'état de gestation, destiné à remplacer l'épreuve d'Aschheim-Zondek, plus compliquée et à la réponse plus lente. Mais l'influence d'une perte de sang, d'une infection ou d'une anémie essentielle de la grossesse sur le taux du fer sérique vient restreindre beaucoup la valeur diagnostique de cette recherche.

L'augmentation du fer du sérum chez la femme enceinte saine traduit la mobilisation du métal provenant des dépôts maternels. C'est là l'expression d'un processus de régulation s'effectuant dans l'organisme en gestation, et non la conséquence d'un renouvellement plus rapide du sang. Chez les femmes enceintes ayant dépassé 30 ans le taux du fer sérique n'atteint pas le même chiffre qu'avant cet âge ; leur mobilisation du fer est entravée. Chez les primipares et les secondipares la régulation du fer est plus complète que lors des grossesses ultérieures, lors desquelles on trouve un taux de fer moins élevé. Dans celles-ci l'entrave mise à la mobilisation du métal constitue une protection contre un appauvrissement en fer de l'organisme maternel (Albers).

Ce processus de régulation, qui maintient le fer sérique à un taux aussi élevé au début de la gestation qu'à la fin, se reconnaît encore dans les modifications qui accompagnent l'expulsion du fœtus. L'évolution inverse du taux du fer se produit alors, et affecte les allures d'une crise. La tête de l'enfant à peine sortie des voies génitales, le taux élevé du fer sérique est encore décelable. A la contraction suivante, ce taux s'abaisse, et de 20 pour 100 dans les minutes qui suivent, fait d'autant plus étonnant qu'à ce moment la circulation placentaire persiste encore et que le cordon bat. Parfois cette régulation quasi instantanée du fer sérique à la naissance peut subir quelque retard. La perte de sang consécutive, pendant l'expulsion du placenta, reste sans influence sur le fer sérique tant qu'elle ne dépasse pas la quantité physiologique, soit 250 cm^3.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement se produit, sans perte de sang, une nouvelle baisse du fer sérique, de sorte qu'il se trouve ramené en moyenne à un niveau de 10 pour 100 inférieur à celui d'avant la grossesse, fait bien compréhensible quand on se rappelle que la femme enceinte a fourni du fer en abondance à l'enfant. Pendant les suites de couches physiologiques le capital en fer de la mère se trouve évidemment un peu réduit. Par suite, une hémorragie dépassant un peu la normale lors de l'accouchement atteindra sensiblement le métabolisme du fer chez la mère. Le fer sérique baisse proportionnellement à la perte sanguine.

Pendant la vie *intra-utérine* le fer, puisé dans le sang maternel, s'accumule dans le foie et la rate. Le fœtus présente en général le même taux de fer sérique que sa mère. Les différences qui peuvent exister entre sang maternel et sang fœtal sont vite comblées. Albers a montré que le fer administré à la mère bien portante vient enrichir le sérum de son enfant par voie placentaire. Ce taux élevé du fer sérique persiste chez le fœtus tant que la grossesse est intacte ; vient-elle à être interrompue, comme au moment de l'accouchement ou pour toute cause pathologique entraînant la mort du fœtus *in utero,* le fer sérique baisse brusquement chez la mère et l'enfant. Albers a cherché à utiliser dans un but diagnostique cette chute rapide du fer sérique chez la femme enceinte dont l'enfant a succombé pour résoudre le problème souvent délicat de la mort du fœtus. Mais ses résultats, en nombre trop faible, n'entraînent pas la conviction, les causes d'erreur étant par ailleurs nombreuses.

Avec le développement du fœtus les organes accumulateurs de fer, foie et rate, s'enrichissent de plus en plus. Le fœtus thésaurise le fer puisé dans le sang maternel au niveau du placenta ; il constitue dans le foie et la rate ses dépôts de fer endogène qui doivent assurer son ravitaillement pendant les premiers mois de la vie extra-utérine, époque où, privé du riche apport maternel de la grossesse, il en est réduit à la quantité souvent insuffisante que lui fournit le lait.

Chez le *nouveau-né,* le sang est plus riche en hémoglobine que le sang maternel et il n'y a pas de relation entre la teneur en hémoglobine du sang de la mère et du sang de l'enfant, ce qui concorde avec les constatations de Strauss qui a montré qu'à la naissance les enfants nés de mères anémiques ont un taux d'hémoglobine aussi élevé que les enfants nés de mères normales. Comme l'ont montré Cozyns, Ballière et Lederer, le taux de fer sérique est élevé, bien plus haut que chez la mère et que chez le sujet normal. Il n'y a aucune relation entre le taux de fer sérique et le taux d'hémoglobine chez le nouveau-né. Son taux de fer sérique n'est en relation ni avec le taux de fer sérique ni avec la teneur en hémoglobine du sang de sa mère. A quoi est donc due une si grande richesse du sérum en fer ? Deux explications sont possibles. La première est l'hémolyse. On sait en effet qu'immédiatement après la naissance le taux d'hémoglobine et le nombre de globules rouges diminuent assez rapidement. Josephs et Mackay attribuent cette diminution à l'apport plus grand d'oxygène au cours de la vie extra-utérine. Cette diminution se fait par hémolyse. Or celle-ci, toujours suivie de la désintégration de l'hémoglobine libérée, provoque, à côté de l'augmentation de bilirubine, une augmentation très marquée du fer sérique. D'autre part, l'importance des réserves de fer du nourrisson peut aussi être cause du niveau élevé du fer sérique. En effet les travaux de Bunge, de Lapicque, etc. ont montré que l'animal nouveau-né vient au monde avec des réserves de fer très importantes, localisées surtout dans le foie et la rate, où il pourra puiser les quantités nécessaires à l'élaboration de l'hémoglobine durant les premiers temps de la vie. Or Heilmeyer, puis Lederer ont montré que le fer sérique dépendait du degré de saturation en fer de l'organisme.

Dans les *semaines qui suivent la naissance* le fer sérique s'abaisse, tombant à 97 γ pour 100 à la fin du premier mois et atteignant son minimum (60 γ pour 100) vers le 6ᵉ ou le 8ᵉ mois, sans qu'on constate de divergence entre les sexes. Ensuite, le fer reste stationnaire ou se relève un peu jusqu'aux environs de douze à dix-huit mois. Alors commence une ascension lente et à peu près continue jusqu'à la puberté.

La baisse du fer sérique qui suit la naissance s'accompagne de modifications de la formule rouge. Les globules rouges du nouveau-né et surtout son hémoglobine pendant les quinze premiers jours de la vie sont à un niveau plus élevé que chez l'adulte. En même temps que le taux du fer sérique tombe chez le nourrisson, l'hémoglobine s'abaisse aussi, présentant un minimum entre 6 et 18 mois, moment à partir duquel elle se relève jusqu'à la puberté.

Comment expliquer la baisse du fer sérique qui suit la naissance ? Le ravitaillement en fer de l'enfant à cette époque s'effectue au moyen du lait maternel. Celui-ci renferme environ 150 γ pour 100 de fer. De la ration consommée par le nourrisson se déduisent aisément ses besoins quotidiens en fer : 0 *mg.* 5 dans le premier mois, 0 *mg.* 75 dans le second, 1 *mg.* dans le troisième et 1 *mg.* 5 dans les quatrième et cinquième mois. Avec l'allaitement maternel le nourrisson reçoit 150 *mg.* de fer en moyenne pendant les cinq premiers mois. L'allaitement intégral au sein avec du lait de bonne qualité et suffisamment abondant couvre les besoins du nourrisson en fer de façon suffisante et le fer ne baisse guère alors après la naissance ; mais de telles conditions se rencontrent de plus en plus rarement aujourd'hui et le déficit en fer du sérum se produit d'autant plus facilement que ces besoins sont alors intenses. La baisse du taux de l'hémoglobine s'interprète de la même façon. Avec l'allaitement au lait de vache, bien plus pauvre en fer (75 γ pour 100 en moyenne au lieu de 150 γ) et appauvri encore notablement par le coupage, qui le réduit à 50 et parfois 30 γ pour 100, le nourrisson ne reçoit plus que le 1/4 ou le 1/6 de sa ration de fer. Il arrive à ne prendre que 30 à 40 *mg.* de fer pendant les cinq premiers mois au lieu de 150 *mg.* D'où le développement fréquent d'anémie par déficit de fer, la meilleure arme contre elle restant l'allaitement maternel.

Avec l'adjonction au lait d'aliments variés, en particulier de légumes verts, la courbe du fer sérique se relève progressivement à la fin de la première année, grâce au fer alimentaire apporté. On sait depuis longtemps qu'il ne faut pas prolonger trop longtemps l'allaitement exclusif au sein sous peine de voir se produire à la longue des états anémiques par manque de fer.

* * *

De l'ensemble de ces données se dégage l'existence d'une courbe vitale physiologique du fer sérique, analogue dans les deux sexes jusqu'à la puberté, avec un maximum durant la vie intra-utérine, suivi après la naissance d'une baisse accusée, puis d'un relèvement graduel jusqu'à la maturité sexuelle. Alors intervient la différence sexuelle caractéristique, le fer augmentant notablement chez l'homme et baissant légèrement chez la femme pour rejoindre le taux de l'homme pendant la grossesse et tomber brusquement avec l'accouchement jusqu'au niveau antérieur. Ce niveau se maintient pendant toute la vie génitale de la femme et s'abaisse légèrement avec la ménopause. Les courbes de l'hémoglobine du sang et du fer sérique chez l'homme et la femme bien portants sont sensiblement parallèles, mais ce parallélisme ne doit pas faire oublier que la primauté appartient au fer sérique, car, sans fer sérique, pas d'hémoglobine.

P.-L. Marie.

BIBLIOGRAPHIE

Albers : *Eisen bei Mutter und Kind.* Leipzig, 1941. — *Id., Dtsch. med. Wschr.*, 1942, **68**, nᵒˢ 7 et 8, 160 et 188. — Cozyns, Ballière et Lederer : *Rev. belge Sc. Méd.*, 1942, **14**, n° 5, 163. — Déjardin et Lambrechts : *Acta Biol. Belg.*, 1943, **2**, n° 2, 159. — Fontès et Thivolle : *C. R. Soc. Biol.*, 1925, **95**, 687. — Van Goidsenhoven, Hoet et Lederer : *Rev. belge Sc. Méd.*, 1938, **10**, n° 4, 177. — Heilmeyer et Plötner : *Das Serumeisen und die Eisenmangelkrankheit,* Iéna, 1937. — Heilmeyer, Keiderling et Strüwe : *Kupfer und Eisen als körpereigene Wirkstoffe und ihre Bedeutung beim Krankheitsgeschehen,* Iéna, 1941. — Hemmeler : *Schw. med. Wschr.*, 1939, **69**, 316. — Lederer : *La physio-pathologie du fer,* Louvain, 1940. — Lederer et de Maesschalk : *Arch. int. Méd. Exp.* 1938, **13**, 365. — Starkenstein : *Handbuch der allg. Hämatologie,* 1934, **2**, 1357. — Thönes et Aschaffenburg : *Der Eisenstoffwechsel des wachsenden Organismus,* Berlin, 1934.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

9 Mai 1944.

Notice nécrologique sur M. Jadin. — M. Fabre.

La cholinestérase sérique dans les affections hépatiques. — MM. N. Fiessinger, Glomaud et Carlotti montrent que la cholinestérase est considérablement abaissée dans les cirrhoses décompensées et cela d'autant plus que le trouble fonctionnel est plus profond ; par contre, elle atteint des chiffres normaux dans les affections hépatiques bénignes (ictères catarrhaux, cirrhoses en voie de résorption ascitique, coliques hépatiques, etc.). L'abaissement de la cholinestérase n'est pas spécifiquement hépatique et s'observe dans les cachexies, certains cancers, certaines leucémies ou pneumopathies aiguës ; il n'a donc aucune valeur diagnostique, mais les auteurs insistent sur sa valeur pronostique durant l'évolution d'une cirrhose ou d'un ictère.

La loi de Louis et les formes actuelles de tuberculose pulmonaire. — MM. Ameuille et Paley rappellent qu'en 1941 on a noté une fréquence inusitée de formes aiguës de tuberculose pulmonaire (miliaire pulmonaire généralisée, formes infiltrées malignes) et qu'en 1942-1943 la fréquence de ces formes aiguës s'est rapprochée de la normale, tandis qu'on voyait plus souvent des formes à poussées successives subintrantes. Depuis quelques mois, l'aspect de la tuberculose a encore changé et

les infractions à la loi de Louis deviennent anormalement fréquentes : sur 67 cas dont la localisation initiale a pu être précisée, 18 avaient débuté dans le segment infra-hilaire (Louis n'avait trouvé sur 123 cas que 2 exceptions à sa loi); ces localisations se font souvent dans l'apex des lobes inférieurs, mais peuvent être franchement basilaires. L'hypothèse suivant laquelle ces débuts infra-hilaires seraient l'évolution maligne d'un chancre d'inoculation de complexes primaires apparus tardivement n'a pas été confirmée par l'examen des faits.

Premiers résultats d'une campagne de vaccination antidiphtérique, anti-tétanique obligatoire chez l'enfant. — M. Ramon présente une note de M. Poulain qui montre que cette vaccination entreprise très activement à Lyon, chez les enfants, depuis Janvier 1943, a eu les meilleurs résultats ; une poussée épidémique continuant une poussée observée en 1942 a surtout touché la population adulte; le pourcentage des vaccinés atteints a été très faible; les cas de diphtérie observés chez les vaccinés ont tous été bénins et aucun des 32 décès n'a été relevé chez les vaccinés. Lorsque tous les enfants seront vaccinés correctement, la morbidité diphtérique deviendra infime et la mortalité nulle pour la population enfantine.

Les frottis tissulaires, procédé rapide de diagnostic chirurgical sur la table d'opération. — MM. Barthélémy et Castelain décrivent une technique du diagnostic rapide ne nécessitant pas le matériel complexe des coupes par congélation ou de l'ultropack; on examine l'empreinte ou le produit de raclage de la tranche des organes, après coloration par panchrome ou May-Gründwald-Giemsa. Le diagnostic se base presque exclusivement sur les caractères cytologiques, car l'architecture est bouleversée. Les auteurs ont employé cette méthode avec de bons résultats dans diverses adénopathies, dans des tumeurs abdominales, dans des métastases cutanées et dans toutes les tumeurs du sein.

16 Mai.

Sur la maladie du sommeil. — M. Tanon, rapporteur, au nom de la Commission d'hygiène et de pathologie exotique, propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Que dès la fin des hostilités soit reconstitué un service général autonome de la maladie du sommeil, s'étendant sur l'A. E. F., l'A. O. F., le Togo et le Cameroun, dont l'organisation avec tous les moyens adéquats serait confiée à un médecin qualifié par son expérience et ses travaux antérieurs sur ce sujet. »
— Ces conclusions sont adoptées.

Les aliments économiseurs de lait. — MM. Levesque et Jacquot montrent qu'il est essentiel de fournir une bonne protéine de remplacement; 3 sources de protéines peuvent être utilisées : 1° les farines de soja et de tournesol; 2° un mélange caséine-levure hypersucré; 3° le lait écrémé caramélisé évaporé. A la condition de fournir au nourrisson quelques gouttes d'huile de foie de morue et de la vitamine C, ces produits peuvent entrer dans la ration de l'enfant et élargir le stock de lait de réserve.

Interactions bactéries-phagocytes et déclenchement des infections à la lumière de certaines acquisitions récentes. — MM. Boivin, Delaunay et Pages montrent que certains constituants bactériens (nucléo-protéides et surtout polysaccharides) sont les principaux responsables de l'appel des polynucléaires exercé par les bactéries dans les tissus infectés; au contraire, d'autres constituants tels que les endotoxines glucido-lipidiques ou antigènes O rendent impossible la diapédèse sans atteindre la vitalité des leucocytes; d'où, pour l'organisme, une chute de la résistance à l'infection. Des animaux intoxiqués par une quantité sublêthale d'endotoxine sont tués par des doses de bactéries virulentes 10 à 1.000 fois plus faibles que les témoins; une infection inapparente se transforme sous l'action d'une dose sublêthale d'endotoxine en infection à marche progressive et mortelle; enfin, l'endotoxine-antigène O d'un germe vient, chez le sujet immunisé contre ce germe, neutraliser par combinaison l'antiendotoxine-anticorps O doué de ses habituelles propriétés opsonisantes; il en résulte un pouvoir agressif spécifique des endotoxines qui s'ajoute au pouvoir agressif non spécifique représenté par l'entrave de la diapédèse. Il y a tout lieu de penser que ces processus observés chez l'animal doivent aussi jouer dans les infections humaines.

Sur la persistance du trou de Botal. — M. Laubry présente une note de M. Carrière qui sur 400 autopsies a relevé 116 cas de persistance du trou de Botal; le plus souvent le trou est fermé par une valvule qui rend l'orifice étanche surtout du côté gauche; l'étanchéité explique la tolérance prolongée de la malformation et la rareté de la cyanose. L'anomalie est le plus souvent latente; les souffles sont exceptionnels; 2 cas d'embolies croisées ont été observés; les orthodiagrammes et les électro-cardiogrammes ne donnent pas d'indications utiles. L'incontinence de la perforation se produit très rapidement dans toutes les dilatations du cœur droit ou gauche, dans les sténoses mitrale et aortique; il en résulte des asystolies brutales irréductibles.

Etude d'un tricophyton endothrix des bovidés : « Tr. acuminatum », var. astéroïdes. — MM. Sartory et Kocher.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

3 Mai 1944.

Enquête sur le tétanos post-abortum. — M. Jean Quénu a rassemblé 70 cas, dans la littérature française, de tétanos post-abortum. Il s'agit presque toujours d'avortements provoqués à l'aide de crayons médicamenteux dont la vente devrait être rigoureusement contrôlée. Contrairement aux données classiques, le tétanos ne revêt que rarement le type splanchnique. Les observations recueillies par l'auteur montrent que des traitements divers ont été employés avec des résultats sensiblement égaux. L'hystérectomie n'a pas semblé améliorer le pronostic plus que le curettage ou que l'abstention chirurgicale (75 pour 100 de mortalité au moins).
La sérothérapie ne semble efficace que si elle est injectée très précocement après l'avortement avant même l'apparition des premiers signes. D'où l'intérêt de connaître la date des manœuvres abortives, les formes à incubation lente étant les seules susceptibles de guérir.
Les indications de la chirurgie semblent les suivantes : s'il y a rétention placentaire, faire un curettage ; s'il y a des lésions intramurales de l'utérus, une hystérectomie ; si l'utérus est petit, le col fermé, s'abstenir. Enfin il est nécessaire de faire du sérum préventivement dans tous les avortements.
A la suite de cette communication, de nombreux cas sont apportés à l'enquête ouverte.

— M. Huet, 3 cas, 3 hystérectomies, 3 morts.

— M. Banzet, 3 cas, morts dans les 3 jours.

— M. Padovani, 6 cas, 2 hystérectomies, 2 morts; 2 cas tardifs guéris par sérothérapie, anatoxine et persulfate de soude.

— M. Rudler, 5 cas nouveaux en 1 an ; 2 hystérectomies, 2 morts ; 1 curettage, mort; 1 abstention, mort ; 1 forme à incubation très lente, guérison.

— M. Hepp, 4 cas nouveaux; 3 hystérectomies, 3 morts; 1 abstention, mort également.

— M. Meillière, 4 cas, dont 3 hystérectomies, tous morts.

— M. Mialaret, 3 cas, 3 morts, malgré infiltration stellaire, lombaire, et sérum dans le ligament large.

— M. Gueullette, 2 cas, 2 morts, malgré hystérectomie.

— M. Bazy pense que l'agent criminel n'est pas forcément vecteur de bacilles tétaniques, ceux-ci pouvant être portés par le sujet atteint sous forme de spores dans l'intestin ou l'utérus. Il est nécessaire de faire du sérum précocement, sous forme d'une dose massive et unique. Enfin il faut associer sérothérapie et vaccination chez les femmes suspectes d'avortement criminel.

— M. Funck-Brentano apporte un cas de tétanos d'apparition lente, au bout de 3 semaines, et cependant suivi de mort.

— M. Quénu demande qu'on poursuive l'enquête en s'attachant à la chronologie des accidents.

Note sur les furoncles de la face. — M. Dufourmentel oppose les furoncles à évolution banale et les furoncles graves donnant des complications sévères.
Dans ce dernier cas il s'agit toujours de furoncle unique et primitif, jamais de furonculose. Il siège toujours au voisinage du nez ou de la bouche. Le petit furoncle prémonitoire a une évolution si bénigne qu'il est passé inaperçu, l'alarme n'étant donnée qu'au premier frisson. Les manœuvres d'expression ou d'ouverture du furoncle ne semblent pas avoir de rôle nocif. Les signes de septicotoxémie sont le frisson, l'élévation thermique, la déglobulisation, l'hémoculture toujours positive au staphylocoque doré. L'extension locale est la règle, puis la phlébite, mais il y a des cas mortels sans thrombophlébite. La thérapeutique est toujours en échec.
Les autres furoncles guérissent quel que soit le traitement utilisé.
L'auteur pense que les furoncles graves de la face tirent leur gravité de la détermination primitivement bucco-nasale de la septicémie.

Occlusion paralytique aiguë du grêle et tumeur du mésentère. — M. Hepp rapporte cette observation de MM. Cotillon, Champeau et Maray. L'occlusion coïncidant avec la tumeur sans être due à son action directe. Il s'agit sans doute d'une action réflexe, de mécanisme nerveux.

Syndrome abdominal aigu en rapport avec une occlusion par ascaris. — M. Baillis. M. Mouchet, rapporteur.

Présentation de radiographies. Angiome vertébral. — M. Richard.

10 Mai.

Iléus spasmodique et adénite mésentérique. — M. Moulonguet, rapporteur. Chez une malade de M. Rousset, on a trouvé une ascite péritonéale et un iléus spasmodique par adénite mésentérique.

Hermaphrodite gynandroïde. — M. Léon Barbier (Annemasse), sur le conseil de M. Ombrédanne, a transformé en homme ce sujet dont les caractères sexuels secondaires et tertiaires étaient nettement masculins.

Fistule duodéno-colique d'origine ulcéreuse. — M. Soupault communique cette observation de M. Ormières (prisonnier) concernant l'apparition d'un syndrome diarrhéique avec dénutrition. Les examens radiologiques affirment la communication entre duodénum et côlon sans qu'aucun accident aigu l'ait annoncée. L'intervention fut malaisée, les sutures difficiles et la mort survint par péritonite aiguë diffusante.

— M. Banzet a vu un cas analogue révélé par un gros vomissement fécaloïde. L'ulcère fut enlevé et le côlon suturé sans accident.

Le traitement de la subluxation congénitale de la hanche. — M. Leveuf montre les caractères anatomiques spéciaux de la subluxation, et qui la différencient nettement des luxations: tête fémorale très étalée, hypertrophique; limbus cotyloïdien refoulé vers le haut, absence d'isthme capsulaire sur l'arthrogramme indispensable.
Le traitement habituel consiste soit en réduction orthopédique, mais on ne voit pas les enfants à l'âge où cette thérapeutique donne des succès (moins de 2 ans).
Les butées ne sont qu'une méthode palliative qui ne met pas à l'abri de l'arthrite déformante ultérieure.
L'auteur préfère donc une intervention refaisant anatomiquement l'articulation, en creusant le cotyle, en luttant s'il y a lieu contre l'antétorsion et le valgus du col fémoral. Les résultats radiologiques et anatomiques sont excellents. L'avenir dira ce que seront les résultats fonctionnels éloignés.

— M. Richard insère le volet cotyloïdien de ses butés sous la capsule.

— MM. Lance et Sorrel ont obtenu de bons résultats chez des jeunes enfants traités avant la marche.

— M. Mathieu rappelle que les résultats fonctionnels des butées de hanche sont bons mais qu'à la longue l'arthrite déformante survient.

Accident de la morpho-scopolamine intraveineuse. — M. Huet, sur un très grand nombre d'anesthésies réalisées par ce procédé, a vu chez 2 malades la mort survenir. Il pense que la scopolamine peut être responsable de ces décès survenus chez des fracturés du col du fémur.

— MM. Rudler, Robert Monod et J. Gosset ont vu des accidents semblables lors de la réduction de fractures du col et font jouer un rôle aux embolies fracturaires autant qu'à la susceptibilité de certains sujets à la scopolamine.

— M. Redon cite des accidents semblables lors d'interventions portant sur la région carotidienne. Il pense que la scopolamine en est responsable.

— MM. Basset et Moulonguet citent aussi des accidents mortels lors de réduction de fractures du col.

De nouveaux cas de tétanos post-abortum. — M. Seillé. M. Cadenat, rapporteur.

Iléus spasmodique spontané du grêle. — M. Baillis (Marmande). M. Alain Mouchet, rapporteur.

17 Mai.

L'implantation duodéno-jéjunale. — M. Bergeret, mécontent des résultats obtenus par les anastomoses latéro-latérales, a employé 5 fois un procédé d'implantation duodéno-jéjunale termino-latérale. La disposition anatomique ainsi créée facilite l'évacuation gastro-duodénale.

— M. Jean Quénu sur un total de 24 cas opérés selon le procédé de Duval pense que les résultats sont des plus variables et qu'il faut sérier les indications.

Calcification de la surrénale. — MM. Bergeret et Varay, ayant enlevé une calcification isolée de la surrénale, passent en revue les explications pathogéniques habituelles sans croire qu'il y en ait actuellement une valable.

— M. Mialaret fait avec succès l'ablation d'une surrénale kystique à parois entièrement calcifiées.

Etude de la sensibilité du nerf sciatique envisagée sous l'angle des shocks traumatiques. — M. Suire (Niort). M. Gosset, rapporteur. L'auteur a cherché à mettre en évidence le rôle du nerf sciatique comme nerf sensible. L'expérimentation animale par pincement, section, irritation chimique du sciatique n'a pas montré de chute tensionnelle. Chez l'homme la section du nerf lors d'amputation s'est montrée également sans effet sur la tension. Il n'y a que par faradisation prolongée du sciatique qu'on observe une hypotension assez durable.

— M. Leriche pense que seuls certains sujets risquent de faire une hypotension grave lors de la section du sciatique. Comme on ignore à l'avance cette sensibilité spéciale, mieux vaut prendre les précautions classiques, novocaïnisation, ligature avant la section.

— M. Sorrel n'a jamais vu de chute tensionnelle lors de désarticulation de la hanche.

— M. Richard est fidèle à la novocaïnisation préalable.

Action de l'auto-hémothérapie dans les thromboses veineuses post-opératoires. — M. J. Gosset rapporte ce travail de M. Hussenstein (Tours). L'emploi systématique de l'auto-hémothérapie après les opérations empêcherait l'apparition de thrombose veineuse. Si celle-ci existe, elle permet à l'œdème de régresser, mais la fièvre demeure, et les séquelles phlébitiques peuvent néanmoins survenir. Il n'y a pas d'action sur les embolies qui existent malgré le procédé.

— M. J. Gosset discute les notions actuelles sur les phlébites, notions qui sont encore des plus vagues. Il semble que l'auto-hémothérapie ait un rôle en compensant l'effet de la maladie opératoire sur le cours et la composition du sang et en freinant la sensibilité veineuse.

— M. Moulonguet craint les thérapeutiques qui n'agissent que sur l'œdème, en maintenant le danger des embolies.

— M. Ameline a employé sans succès l'auto-hémothérapie dans ces cas.

— M. Rouhier prône l'emploi des sangsues et M. Desplas celui de la bande élastique.

— M. Mondor apporte les premiers résultats des phlébographies faites dans son service. Elles montrent l'étendue importante de la thrombose veineuse. Les phlébectomies précoces sont sans danger et permettent de préciser certaines lésions de voisinage, portant en particulier sur le calibre artériel.

A propos des accidents mortels dus à l'injection de morphine-scopolamine. Deux nouveaux cas. — MM. Küss et Desplas.

A propos de la gastrectomie d'urgence pour ulcère perforé. Un cas heureux. — M. Huguier. M. Huet, rapporteur.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 Mai 1944.

A propos des lésions myocardiques dans l'aortite syphilitique. — MM. J. Lenègre et P. Blanchon. Les termes classiques de cardio-aortite et d'aorto-myocardite sont particulièrement justifiés dans la grande majorité des cas d'aortite syphilitique par les signes cliniques (dyspnée et galop), radiologiques (gros cœur à pointe mousse et paresseuse) et électriques. Les auteurs donnent à ce propos la description des atypies électro-cardiographiques que l'on observe dans plus de 60 pour 100 des cas d'aortite syphilitique. De ces atypies, les plus fréquentes sont celles, dépourvues de spécificité propre, que l'on retrouve dans toutes les cardiopathies artérielles : prédominance ventriculaire gauche surtout (axe électrique gauche associé à l'inversion de l'onde lente T1) ; plus rarement inversion isolée de T1, inversion simultanée de T2 et de T3, bloc de branche gauche. Si ces signes électriques n'ont aucune valeur pour le diagnostic étiologique, ils représentent un élément capital du pronostic par les renseignements qu'ils apportent sur l'état du myocarde.

A propos des lésions myocardiques dans l'aortite syphilitique. — MM. J. Lenègre et A. Hazim. D'une étude basée sur 20 observations anatomo-cliniques, il résulte que les lésions myocardiques sont évidentes dans l'aortite syphilitique (congestives, œdémateuses, ischémiques, scléreuses ou mixtes). Mais elles sont presque toujours dépourvues de spécificité et même de caractère inflammatoire; par contre, elles ressemblent beaucoup à celles que l'on retrouve dans le myocarde des cardiaques morts de leur cœur, et surtout par le fait d'une cardiopathie artérielle. Ces lésions myocardiques de l'aortite syphilitique ont été mises, soit sur le compte du trouble de l'hydraulique circulatoire que provoquent les lésions aortiques, soit sur celui de l'insuffisance aortique, soit enfin sur le compte de la coronarite ostiale. Les auteurs font également jouer un grand rôle à l'irritation prolongée et à la souffrance des nombreux filets et plexus nerveux qui engainent l'origine de l'aorte au contact immédiat des lésions inflammatoires périaortiques.

Eruption de taches d'Osler consécutive à une injection intrasplénique de vaccin antistrepto-entérococcique chez une femme atteinte d'endocardite maligne lente. — M. Maurice Debray, Mlle Provendier, MM. Koupernic et Haguin relatent les observations de 2 malades atteintes de maladie d'Osler et ayant reçu des injections intraspléniques de vaccin antistrepto-entérostaphylococcique. Ces injections n'ont apporté aucune modification dans l'évolution de la maladie, mais l'une des malades présenta, à l'occasion de ces injections, une éruption de nombreuses nodosités d'Osler. Cette observation apporte une confirmation à la notion généralement admise depuis les travaux de

Merklen, que la nodosité d'Osler n'est pas due à l'arrêt d'une petite embolie, mais qu'elle est l'expression d'une endothélite.

Le dosage de la phosphatasémie dans le diagnostic des ictères chroniques. — MM. L. Langeron, M. Paget et A. Danes (Lille) apportent le résultat de leurs dosages dans 11 cas d'ictères chroniques et concluent que l'élévation de la phosphatasémie dans l'ictère est un fait fréquent, que cette élévation, même très marquée, ne permet pas de conclusions fermes sur l'origine mécanique par rétention ; qu'il s'agisse d'un ictère par obstruction biliaire ou par rétention au niveau cellulaire, le métabolisme des phosphatases peut être troublé dans le sens d'une accumulation sanguine.

Hypertension artérielle. Rein polykystique. Ponctions bilatérales des kystes. Abaissement tensionnel et amélioration fonctionnelle. — MM. L. Langeron et C. Lepoutre relatent l'observation d'une malade présentant une hypertension artérielle avec signes cardiaques et endocriniens, évoquant un syndrome cortico-surrénal. L'exploration pyélographique montrant une image anormale, l'intervention fut pratiquée et fit découvrir une rein polykystique dont les kystes furent systématiquement ponctionnés. La même intervention fut faite des 2 côtés. La tension artérielle s'en trouva abaissée et les symptômes fonctionnels disparurent.

Sclérose en plaques compliquée d'œdèmes des membres inférieurs ; disparition des œdèmes pur infiltration du sympathique lombaire. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen (Lille) apportent l'observation d'un cas de sclérose en plaques caractérisé par un syndrome de paraplégie spasmodique et du nystagmus qui s'est compliqué d'œdèmes très abondants des membres inférieurs en l'absence de toute tare cardiaque ou rénale et de toute cause locale de compression capable d'en donner l'explication. Une série d'infiltrations du sympathique lombaire a fait disparaître l'œdème, montrant à la fois l'origine nerveuse de ces œdèmes que leur bilatéralité, leur situation déclive, leur importance rendaient comparables à ceux des grands syndromes hydropigènes et les résultats remarquables que peuvent donner les infiltrations sympathiques dans ces œdèmes d'origine nerveuse.

Les succès de l'infiltration lombaire dans le traitement des œdèmes inexpliqués des membres inférieurs. —MM. Ed. Doumer et J. Merlen ajoutent à l'observation précédente 6 autres observations d'œdème des membres inférieurs de cause indéterminée, survenant chez la femme en dehors de toute tare cardiaque ou rénale, avec parfois les caractères des trophœdèmes mais parfois aussi ceux des œdèmes dits rénaux, que firent disparaître ou qu'améliorèrent considérablement plusieurs séries d'infiltrations lombaires.

Aleucie hémorragique aiguë chez un enfant ayant subi un traitement par le radium. —MM. Langevin (Le Mans) et Marchandise (Alençon) ont observé chez un enfant de 3 ans, ayant reçu pour un angiome du thorax 6 applications de radium, l'apparition, 2 mois après la dernière application, d'un syndrome hémorragipare fébrile avec gingivorragies, hématome sous-périosté, anémie aiguë à 1.180.000, leucopénie, chute des polynucléaires à 3 pour 100 et évolution mortelle rapide en 5 jours.

On connaît bien les anémies pernicieuses à évolution subaiguë dues à des irradiations répétées pendant des années chez des médecins manipulant le radium, mais dans la curiethérapie des angiomes de tels accidents semblent inconnus. Ici la dose était faible et les auteurs se demandent si les rayons sont seuls à la base de ce syndrome d'aleucie hémorragique et s'il n'existait pas un syndrome anémique préexistant ou une tare hématique inconnue. M. Wickham, qui a dirigé le traitement, a calculé en unités *r* les doses données et est arrivé à la dose faible de 31 *r* distribuée en 17 mois. Or de petits malades du même âge traités pour des sarcomes du rein ont pu recevoir des doses bien plus fortes sans présenter d'accidents sanguins.

— M. Flandin déclare que, qu'il s'agisse de radium, d'or ou d'arsenic, les accidents sanguins s'observent toujours avec de petites doses répétées à dates éloignées.

Forme kystique d'un cancer pulmonaire. — MM. M. Bariéty, M. Cord et O. Monod relatent l'observation d'une malade qui présentait une pleurésie à répétition et une atélectasie pulmonaire accentuée. Le lipiodol injecta une vaste cavité d'apparence kystique. L'intervention montra cependant qu'il s'agissait d'un cancer pulmonaire.

Primo-infection tuberculeuse consécutive à une piqûre anatomique. — MM. M. Bariéty, R. Lesobre et R. Bretin relatent l'observation d'un jeune externe des hôpitaux, à cuti-réaction négative, qui se blessa légèrement à l'auriculaire gauche au cours de l'autopsie d'un tuberculeux. 17 jours plus tard apparaissait à ce niveau un chancre d'inoculation accompagné d'une adénopathie satellite épitrochléenne et axillaire. Après une phase de fièvre et de fatigue générale le chancre se cicatrisa. Les ganglions mirent près d'un an à disparaître totalement.

— M. Rist fait remarquer qu'en général les primo-infections cutanées sont bénignes; il en est de même des primo-infections conjonctivales.

— M. Lelong pense que le pronostic des primo-infections cutanées chez le nourrisson n'est pas spécialement favorable.

— M. Hallé le tient également pour très grave chez le nourrisson.

— M. Brouet ne croit pas non plus que le pronostic soit bénin, même chez les sujets plus âgés.

— M. Lamy dit qu'il doit être très réservé. Il rappelle que la durée de la période antéallergique varie entre 10 et 100 jours.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann découverte fortuitement à son début chez un enfant. Evolution pratiquement latente et guérison spontanée. — MM. R. Sohier, A. Chon et A. Delboscq rapportent un cas typique de cette affection qu'une radioscopie systématique permit de déceler à son début. Il évolua pendant la période pubertaire en 14 mois vers la guérison complète sans que l'enfant ait présenté des signes fonctionnels ou généraux, malgré l'importance des lésions pulmonaires.

19 Mai.

Staphylococcie de la face à point de départ nasal traitée et guérie par des injections locales de pénicilline associées à un traitement sulfamidé. — MM. René Martin et Reboul, après avoir rappelé l'activité de la pénicilline vis-à-vis des pneumocoques et des staphylocoques, rapportent la guérison d'une staphylococcie de la face par des injections locales de pénicilline. L'emploi de la pénicilline dans ces affections supprime la douleur dans les heures qui suivent son application et permet une chute rapide de la température (en 24 à 48 heures); l'état général s'améliore très vite. Les signes locaux régressent en 2 à 3 jours; les auteurs insistent sur la résorption des collections locales, qui se fait sans suppuration et aboutit à une guérison complète très rapide sans cicatrice.

Anthrax de la lèvre supérieure avec traînée lymphangitique indurée de la joue traitée et guérie par des injections locales de pénicilline. — MM. René Martin, B. Sureau et A. Vittoz rapportent un nouveau cas d'anthrax de la lèvre supérieure à évolution extensive grave traité par la pénicilline. Le traitement par infiltrations locales aboutit comme dans l'observation précédente à la guérison totale sans suppuration en 4 jours. L'injection de pénicilline étant douloureuse les auteurs conseillent d'ajouter à la préparation 2 pour 100 de novocaïne. Les auteurs insistent également sur l'intérêt qu'il y a à associer au traitement local pénicillé un traitement général sulfamidé.

Abcès ascaridien du foie chez un nourrisson. — MM. Marcel Lelong, G. Lavier et R. Joseph relatent le cas d'un nourrisson de 2 ans qui depuis plusieurs semaines présentait une fièvre élevée, irrégulière, avec amaigrissement. Au moment de l'examen : pleurésie séro-purulente de la base droite, foie gros et douloureux et, à la période terminale : ascite, circulation veineuse collatérale, splénomégalie, purpura et œdèmes. Eosinophilie à 7 pour 100. Vomissements d'ascaris 2 mois auparavant, ayant cessé depuis. A l'autopsie volumineux abcès aréolaire du lobe droit du foie, fistulisé au travers du diaphragme dans la plèvre et le poumon. Histologiquement, importance de la réaction conjonctive, presque cirrhotique.

— M. Turiaf rappelle que les abcès ascaridiens du foie sont fréquemment observés en Extrême-Orient et en Amérique du Sud. On doit éviter de consommer des salades cultivées dans des terrains fumés avec de l'engrais humain.

Compression de l'hypothalamus extériorisée par des gastrorragies pseudo-ulcéreuses et par une hypertension artérielle avec néphrite. — MM. R. Cachera, A. Rubens-Duval et J. Scherrer relatent une observation qui éclaire le problème des lésions viscérales d'origine nerveuse centrale. Une jeune fille de 19 ans présente successivement, en 4 années, 2 séries d'accidents. C'est d'abord un syndrome d'ulcère duodénal avec hémorragies; puis une hypertension artérielle avec néphrite, dont l'évolution maligne entraîne la mort en 3 mois. L'autopsie montre une tumeur anévrysmale comprimant l'hypothalamus, une congestion intense, purpurique, de la muqueuse gastrique et des lésions de néphrite vasculaire et interstitielle. Cette observation exceptionnelle peut être rapprochée des constatations des neuro-chirurgiens qui ont signalé soit des ulcérations aiguës du tube digestif, soit de fortes dénivellations tensionnelles à titre d'accidents post-opératoires. Elle concorde également avec la physiologie expérimentale de l'hypothalamus. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est qu'on y voit éclore comme un phénomène clinique spontané et chronique des accidents qui sont plus habituellement provoqués et aigus.

— M. J. Hallé a observé une fillette qui présenta des hématémèses qui firent porter le diagnostic d'ulcus, puis peu après des signes de tumeur cérébrale.

— M. J. Lereboullet insiste sur la fréquence des lésions pseudo-ulcéreuses viscérales à la suite des tumeurs cérébrales, surtout celles de la fosse cérébrale postérieure. L'arachnoïdite localisée à ce niveau peut aussi les occasionner, ainsi qu'une hypertension artérielle secondaire.

— M. Pérot estime que les phénomènes nerveux centraux jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'hypertension.

Etude clinique et anatomique d'un nouveau cas d'artérite non sénile d'origine inconnue. — MM. P. Léchelle et P. Capron rapportent une nouvelle observation d'artérite oblitérante des membres inférieurs survenue chez un homme de 43 ans, indemne de syphilis, de diabète et ne présentant aucune ascendance israélite.

Devant l'échec de toutes les médications habituelles, y compris les infiltrations sympathiques lombaires, ils observèrent, quelques heures après une tentative de traitement hormonal, des phénomènes de choc avec gangrène sèche localisée de la loge antéro-externe de la jambe gauche. Une amputation de cuisse dut être pratiquée quelques heures plus tard. L'examen de l'artère poplitée au niveau de sa partie terminale décela l'existence d'une endartérite proliférante isolée avec intégrité de toutes les autres tuniques du vaisseau ainsi que des veines voisines.

Les auteurs insistent sur les différences anatomiques considérables qui séparent cette artérite des artérites syphilitiques, diabétiques, séniles ou de la thromboangéite de Bürger, et lui assurent une individualité particulière. L'observation de cette variété d'artérite exclusivement chez des sujets du sexe masculin oriente les recherches étiologiques et pathogéniques vers une origine hormonale dont les auteurs espèrent apporter ultérieurement la preuve.

— M. Chiray souligne la fréquence de l'impuissance génitale chez les malades atteints d'artérite oblitérante.

Le syndrome pseudo-basedowien de la puberté. — M. Robert Clément. A la puberté, dans la grande majorité des cas chez les filles (29 filles et 1 garçon) une hypertrophie de la thyroïde avec tachycardie, troubles vaso-moteurs et psychiques, parfois légère exophtalmie et tremblement, pourraient en imposer pour une maladie de Basedow ; mais ce syndrome en diffère par l'absence de signes de toxicité et surtout par un abaissement paradoxal du métabolisme de base qui atteint fréquemment 30 pour 100. Il ne s'agit pas non plus de goitres endémiques : minces, de taille au-dessus de la normale, ces fillettes ont une grande vivacité intellectuelle et motrice.

Son caractère transitoire, l'âge où il apparaît, le complexe endocrinien qui l'accompagne distinguent ce syndrome des manifestations parabasedowiennes et du syndrome sympathique basedowiforme. Il disparaît dès que les modifications physiques et physiologiques de la puberté ont achevé leur cycle et doit être attribué à un déséquilibre neuro-endocrinien dans lequel l'hypophyse semble jouer le rôle principal, comme le montrent la poussée exagérée de croissance, le développement des caractères sexuels secondaires, l'hyperpilosité et d'autres petits signes.

P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

13 Mai 1944.

Electro-choc et électro-encéphalographie. — MM. Jean Delay, P. Neveu et Mme Lerique-Kœchlin ont analysé les modifications des ondes cérébrales pendant et après les crises d'épilepsie électrique. La phase tonique est marquée par une tachyrythmie avec énorme augmentation de l'amplitude, la phase clonique par des bouffées de pointes rapides, la phase comateuse par de grandes ondes lentes.

Chez 25 à 30 pour 100 des malades examinés après des séries d'électro-choc le rythme électrique présente des anomalies consistant en bradyrythmies de types divers, les unes légères, les autres intenses; les unes sans augmentation, les autres avec augmentation de l'amplitude. Chez la plupart des sujets ces altérations sont peu durables, mais on les a vu persister plusieurs semaines après la dernière séance. Aussi est-il nécessaire de faire un contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc, la persistance de grandes ondes lentes, signe de souffrance cérébrale indiquant la suspension provisoire du traitement.

Intérêt pronostique des enzymes lipolytiques dans le sérum des tuberculeux. — MM. Paraf, Desbordes, German et Fournié insistent sur l'intérêt pronostique de l'évaluation de la « qualité » des enzymes lipolytiques dans le sérum des tuberculeux. Cette mesure se traduit par la contribution de courbes à l'aide de la technique stalagmométrique dont l'allure permet de prévoir l'évolution future du malade dans une certaine mesure.

Le seuil des réactions respiratoires et circulatoires d'adaptation à la basse tension d'oxygène. — MM. J. Beyne et Michelle Guy se sont proposé d'étudier l'altitude seuil à laquelle apparaissent non plus les troubles mais les réactions d'adaptation qui tendent à éviter les perturbations du métabolisme. Ils ont vu le seuil de l'accélération respiratoire et de l'hyperventilation pulmonaire se situer vers l'altitude moyenne de 1.200 *m.* L'accélération du rythme cardiaque s'observe vers 1.800 *m.*, l'hypertension artérielle vers 3.000 *m.*

Détermination approchée du titre des solutions diluées de novocaïne basée sur l'empêchement passager par cet ester des effets de l'acétylcholine sur le cœur du chien. —MM. R. Hazard, E. Corteggiani et J. Cheymol. Il est possible de déterminer approximativement le titre des solutions diluées (jusqu'à 1 pour 5.000) de novocaïne d'après l'inhibition passagère qu'elles produisent des effets muscariniques de l'acétylcholine sur le cœur.

Modifications histologiques du foie provoquées par l'anoxémie. — MM. P. Florentin, R. Grandpierre, P. Grognot et J. Royer.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

19 Décembre 1943.

Electro-diagnostic et myopathie. — M. Delherm. Un enfant de 1 an présente une double paralysie faciale sans R. D. On fit le diagnostic de diverses affections d'ordre central ou périphérique : il s'agissait en réalité d'une myopathie. D'où l'importance d'un électro-diagnostic minutieux.

Leucémie lymphoïde larvée simulant une tumeur du sein. — MM. E. Libert et Y. Hélie. A la suite d'une consultation hospitalière par une femme de 62 ans, le diagnostic de tumeur ou d'inflammation aiguë du sein avait été discuté, ainsi que le traitement : amputation ou vaccinothérapie. Le Dr Libert, consulté, constate, outre les signes mammaires locaux, des hypertrophies ganglionnaires et une splénomégalie. Examen sanguin. Diagnostic : leucémie lymphatique hypoleucémique. Radiothérapie, bon résultat.

De l'intérêt de l'électro-diagnostic précoce dans le diagnostic différentiel des lésions du neurone moteur. — M. Noix rappelle l'intérêt de cet examen dans les paralysies dont les signes cliniques sont insuffisants pour différencier les lésions centrales des lésions du neurone moteur périphérique.

Importance de la condensation rétractile du lobe moyen et du lobe inférieur droits dans les opacités triangulaires du sinus phréno-péricardique droit. — M. R. Angammare. La condensation du lobe supérieur droit avec rehaussement de la scissure est d'observation courante. Un phénomène analogue peut s'opérer en sens inverse sur les lobes moyen et inférieur. Les données anatomo-topographiques, l'emploi de la bronchoscopie lipiodolée et la stratigraphie viennent à l'appui de cette conception.

Mesure de l'impédance et de l'angle de phase pour un courant de haute fréquence à travers le corps humain. — M. J. Peiffert. Mesures effectuées au laboratoire de Physique du professeur Strohl, par mensuration d'ellipses obtenues en enregistrant à l'oscillographe cathodique la différence de potentiel et l'intensité traversant le sujet sur 2 axes perpendiculaires.

Présentation d'appareils. — M. A. Walter présente : 1° un nouvel appareil électrostable donnant tout courant progressif et ondulé; 2° un appareil à courant progressif à pendule; 3° une lampe à Finsenthérapie, portative et permettant des applications de contact.

Y. Hélie.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

2 Mars 1944.

Alexie pure. — MM. N. Péron et Goutner présentent une jeune fille de 20 ans atteinte de cécité verbale pure portant sur les lettres et les chiffres, sans troubles intellectuels ; l'alexie est suppléée par une compensation motrice à l'aide de mouvements des doigts; l'écriture spontanée et l'orientation sont normales; il n'y a ni aphasie, ni hémianopsie. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic étiologique, la malade ayant déjà eu une crise analogue il y a 2 ans.

Astéréognosie révélatrice d'un tabes latent; apparition ultérieure de mouvements involontaires des mains. — MM. L. Michaux, Courchet et Mlle Granier rapportent un cas d'astéréognosie avec déficience minime des sensibilités élémentaires qui amena à consulter un sujet atteint de tabes cliniquement latent, mais biologiquement évolutif; 9 mois plus tard apparurent des mouvements athétosiformes et des clonies qui n'étaient susceptibles d'inhibition volontaire que sous le contrôle de la vue; ce fait est en faveur de la conception qui subordonne dans le tabes les mouvements involontaires à des troubles de la sensibilité musculaire.

Sur un cas de myasthénie. — MM. Coste, Hewitt et Sicard rapportent un cas de myasthénie très grave chez une femme de 31 ans; la prostigmine, même à doses considérables, n'amenait qu'une amélioration très insuffisante; l'insuline (10 à 40 unités par jour) transforma la malade qui put reprendre son métier et réduire beaucoup les doses de prostigmine; la suppression de l'insuline motivée par des accidents hypoglycémiques eut des résultats désastreux; actuellement, la malade se trouve bien d'une thérapeutique associant la prostigmine, l'insuline et la guanidine (1 g. à 1 g. 80 par voie buccale).

Difficultés du diagnostic différentiel entre botulisme et paralysie diphtérique. Identité de l'atteinte éventuelle de l'œsophage. — MM. Mollaret et Aubry présentent une malade qui a eu, après une diphtérie maligne, une série de paralysies : voile, pharynx, œsophage, cordes vocales, accommodation. Les auteurs soulignent les difficultés du diagnostic avec certaines formes de botulisme où il y a une paralysie du voile et de l'accommodation et une pseudo-angine à fausses membranes. L'atteinte de l'œsophage peut être la même dans les 2 cas ; le rôle essentiel dans sa pathogénie parait revenir à la perte du mécanisme réflexe du temps œsophagien, peut-être due elle-même à l'anesthésie des zones réflexogènes très nette dans le cas rapporté.

Syndrome radiculaire pur des fibres longues ; démonstration seconde des facteurs gastrique et anémique. — MM. Mollaret, Martin et Vittoz présentent un sujet de 59 ans chez qui s'est constitué un syndrome de Déjerine et Thomas absolument pur ; un traitement par les vitamines B1 et B2 a nettement amélioré les troubles nerveux; avec 2 mois de retard sur ceux-ci, on a constaté une anémie progressive. Les auteurs insistent sur la rareté des formes pures du syndrome et sur la dissociation des syndromes nerveux et sanguin.

Maladie de Thomsen. — MM. A. Thomas et Ajuriaguerra présentent un sujet atteint de maladie de Thomsen chez qui l'on note une hypertonie apparaissant lors des mouvements passifs des avant-bras et des jambes; la myotonie a été très améliorée par le sulfate de quinine; dans la famille du malade on retrouve d'autres cas de maladie de Thomsen associée à l'épilepsie.

Amyélencéphalie. — MM. A. Thomas et Lepage présentent les pièces d'un amyélencéphale dont la malformation a dû se produire entre la 6e et la 8e semaine de la vie intra-utérine ; le crâne et le rachis présentent une vaste brèche où se trouve une poche kystique ; les racines antérieures et postérieures sont d'aspect normal et contiennent des cylindraxes, bien qu'elles se perdent dans les parois de la poche et qu'il n'y ait pas de cornes antérieures.

Lésion protubérantielle basse vasculaire et hallucinose. — MM. Alajouanine, Thurel et Durupt rapportent un cas de lésion protubérantielle basse d'origine vasculaire avec hallucinations oniriques qui ont débuté le lendemain de l'ictus et disparu une semaine plus tard ; elles ne sauraient être considérées comme un signe de localisation et doivent être attribuées à une réaction cérébrale diffuse transitoire, secondaire à la lésion protubérantielle.

Sympathome embryonnaire paravertébral avec propagation intrarachidienne et compression médullaire. — M. Thurel, dans ce cas observé chez un enfant de 26 mois, a combiné une laminectomie à la radiothérapie; l'amélioration de la paraplégie obtenue par la décompression se maintient depuis 9 mois et la tumeur paravertébrale a notablement diminué.

Syndrome de Foster Kennedy lié à un blocage de l'aqueduc de Sylvius. — MM. Puech, Desvignes et Desclaux sont intervenus chez un malade présentant un syndrome de Foster-Kennedy et une dilatation ventriculaire; l'intervention montra une arachnoïdite bloquant l'aqueduc de Sylvius; celui-ci fut cathétérisé mais l'hydrocéphalie se reforma et le malade mourut; l'autopsie confirma l'absence de tumeur. Ce fait prouve que la valeur localisatrice du syndrome de Foster-Kennedy n'est pas absolue.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

15 Janvier 1944.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de myopie forte avec choroïdose. — M. Jean-Gallois, poursuivant ses recherches sur ce vaso-dilatateur, a vu, après 4 jours d'ingestion de doses faibles d'acide nicotinique, s'élever de 2/10 à 5/10 très faible, l'acuité visuelle d'un œil atteint de myopie forte de 13 dioptries, avec lésions chorio-rétiniennes du pôle postérieur ; il rapproche cet essai de ceux qui lui ont permis d'améliorer très nettement l'acuité, dans certains cas de dégénérescence rétinienne sénile.

Que penser de la radiothérapie dans les gliomes du chiasma ? — MM. Stuhl et Brégeat. Le traitement de cette variété de tumeurs ne peut être chirurgical mais l'intervention permet de vérifier le diagnostic, de soulager l'hypertension intra-cranienne et de préparer la cure par les rayons.

Celle-ci améliore surtout les manifestations relevant de cette hypertension; sous son influence, le soulèvement du volet de trépanation s'affaisse, l'œdème papillaire disparait ainsi que la céphalée et les autres signes neurologiques. Mais l'intensité de la compression qui s'exerce sur les voies optiques est plus ou moins modifiée selon le développement de la tumeur, son siège, ses rapports avec le chiasma et les nerfs optiques et sa variété histologique.

Il en est de même des troubles somatiques et infundibulo-tubériens.

Le traitement exige des doses élevées de rayons, l'utilisation de portes d'entrée multiples et une répartition proportionnelle à l'état du malade et à la sensibilité de la tumeur.

Un cas de névrome plexiforme palpébral et temporal. — M. L. Schmidt (de Tours). Un homme de 27 ans présente un volumineux névrome plexiforme siégeant à la paupière supérieure droite et s'étendant à la région temporale. Il détermine un ptosis plus mécanique que paralytique et offre à la palpation la sensation classique si particulière de peloton de ficelle. Des taches pigmentaires sur le thorax et les membres, des tuméfactions analogues axillaire et cervicale confirment l'existence chez lui d'une maladie de Recklinghausen que vérifie une biopsie.

Une première intervention tente l'ablation de la tumeur que l'on doit interrompre à cause de l'hémorragie; une deuxième opération en vient complètement à bout, mais il faut encore corriger le ptosis par le procédé de Gillet de Grandmont et supprimer un léger ectropion post-opératoire. Le résultat, apparent sur des clichés photographiques, est excellent. L'auteur demande quel pronostic porter.

Addendum à la séance du 16 Octobre 1943.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de glaucome chronique. — M. Jean-Gallois rappelle, et ses recherches antérieures sur la thérapeutique vaso-dilatatrice dans le traitement du glaucome chronique, et le premier essai qu'il a présenté récemment avec l'acide nicotinique en ingestion, dans un cas d'hypertension oculaire légère. Il s'agit, cette fois, d'un glaucome chronique grave, avec cécité d'un œil.

L'ingestion de 0 g. 05 seulement d'acide nicotinique abaissa la tension oculaire de manière très importante : deux séries de 5 jours augmentèrent cet abaissement et améliorèrent le champ visuel.

L'auteur pense pouvoir conserver le principe qu'il a posé antérieurement : on ne peut améliorer les troubles fonctionnels chez un glaucomateux chronique, sans aggraver la tension, que si le médicament vaso-dilatateur agit sur le capillaire plus que sur l'artériole, et si les doses en sont modérées : principe paraissant devoir conditionner les chances de succès de tout essai thérapeutique dans ce sens.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de dégénérescence maculaire sénile. — M. Jean-Gallois présente un cas où l'action vaso-dilatatrice à électivité céphalique de l'acide nicotinique, en ingestion, a amélioré l'acuité visuelle, à peu près dans les mêmes proportions que faisait l'injection orbitaire de novocaïne.

SOCIÉTÉ D'ETUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

12 Février 1944.

Troubles cardio-vasculaires consécutifs à la cessation de pneumothorax bilatéraux. — MM. P. Naveau et M. Magnin. L'abandon volontaire de pneumothorax bilatéraux chez des malades cliniquement guéris a entrainé une dyspnée progressivement croissante avec la réexpansion pulmonaire. Cette dyspnée, liée à un processus de sclérose cicatricielle rétractile, est d'origine purement mécanique avec distension inspiratoire du cœur.

A propos du clivage extra-pleural sous endoscopie. L'hémostase et les soins post-opératoires. — MM. A. Marmet et A. Garnier. Hémostase soigneuse par électrocoagulation et compression, pendant le décollement, revisée à la fin après essuyage. Entretien du pneumothorax à la pression atmosphérique et ponction systématique.

Révélation clinique soudaine d'une lésion tuberculeuse latente depuis plusieurs mois. — M. Cord rapporte l'observation d'un malade qui présenta pendant 5 mois, sans aucune autre manifestation clinique, une image radiologique à forme d'infiltrat de la région sus-scissurale droite. 5 mois plus tard, un épisode d'allure pneumonique s'accompagna brusquement d'une extension radiologique de l'image à type de lobite. Cette observation confirme la distinction qu'il faut établir entre le début aigu vrai de la tuberculose, avec parallélisme rigoureux des symptômes et des images radiologiques, et la révélation clinique soudaine d'une lésion préexistant.

Réflexions sur la bronche de drainage des cavernes ballonnées. — MM. Bariéty et J. Paillas discutent le mécanisme classique de la soupape. Ils pensent que la bronche de drainage intervient dans le ballonnemenr des cavernes, soit par la coudure, soit par l'altération de ses parois en modifiant les facteurs biochimiques locaux susceptibles de retentir à leur tour sur les réactions tissulaires ou vasculaires de voisinage.

Les poisons tuberculeux de l'amaigrissement. Leur destruction par l'administration de ferments dégradateurs dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. Maignon.

Influence de l'administration de ferments dégradateurs de peptones bacillaires sur l'état général et le facteur amaigrissement dans la tuberculose. — M. A. Sibot.

Quelques remarques à propos d'examens radioscopiques systématiques d'enfants, cans le cadre de l'Inspection médicale des écoles. — MM. Amaudrut et Pierre Marlin.

Le cathétérisme des bronches lobaires par une sonde en caoutchouc. Son intérêt pour l'injection du lipiodol et l'aspiration. — M. Metras.

A propos de l'avenir des infiltrats pulmonaires dits « labiles ». — M. Pierre-H. Anglade.

Oléothorax extra-pleural fistulisé dans une ulcération drainée par la méthode de Monaldi. — M. W. Jullien.

Observations de spéléotomie. — MM. Bernou, R. Goyer et L. Marecaux.

Les bronches de drainage contrôlées après spéléotomie. — M. Le Carboulec.

Deux cas de spéléotomie. — MM. Robert Monod et Olivier Monod.

Lobectomie pour bronchiectasie sèche hémoptoïque. — M. O. Monod.

Formes cliniques et pronostic des tuberculoses découvertes au cours du dépistage radiologique systématique. — MM. Jacques Arnaud et R. J. Wellhoff.

Les possibilités de réexpansion du poumon collabé par le pneumothorax extra-pleural. — M. E. Delbecq.

La tuberculose bronchique en pratique phtisiologique. Son intérêt diagnostique et thérapeutique. — MM. Mounier-Kuhn et L. Meyer.

Accident mortel au cours d'un pneumopéritoine. — MM. C. Roche et Giron.

Un cas d'emphysème sous-cutané considérable. — M. Clavier.

Accidents de la médication calcique. — MM. Piechaud et Tessier.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER

Janvier 1944.

Sur la posologie du sérum antidiphtérique. 3 ans de pratique. — MM. M. Janbon et J. Chaptal préconisent cette méthode de traitement de la diphtérie (injection unique de 14.000 à 84.000 unités de sérum) qui permet l'économie de sérum, diminue la fréquence des accidents sériques et donne des résultats très favorables. Mortalité dans l'angine maligne : 62,50 pour 100, contre 83,33 pour 100 dans les cas ayant reçu des doses totales de 140.000 à 623.000 unités.

La transfusion sanguine par voie intra-sternale. — MM. G. Giraud et T. Desmonts insistent sur la technique simple, peu choquante, non douloureuse de cette variété de transfusion qui permet d'injecter 20 cm^3 de sang par minute, facilite la transfusion chez les malades aux veines difficilement accessibles ou en état de collapsus et parait avoir une action antihémorragique plus puissante que la transfusion par voie endo-veineuse au cours des syndromes hémorragiques.

Quelques remarques sur la diphtérie laryngée. — M. L. Fabre souligne l'importance actuelle des œdèmes laryngés diphtériques. Traitement : trachéotomie basse, canule de petit calibre, rééducation respiratoire et phonatoire précoce, décanulation avec suture de la plaie du 3e au 8e jour.

Pigmentogénèse et pigmentolyse dans les dégénérescences pallidonigriques. — M. P. Cazal.

Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite dans la fièvre thyphoïde. Formes pseudo-appendiculaires. — MM. M. Janbon et J. Chaptal.

Réticulose histio-plasmocytaire à forme adéno-hépato-splénique. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, P. Cazal et A. Biscaye.

Considérations cliniques sur la récente épidémie de poliomyélite antérieure aiguë (24 cas). — MM. M. Janbon, J. Chaptal, A. Biscaye, J. Segui et J. Gay.

Ictère hémolysinique. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, R. Bosc et P. Cazal.

Ictère hémolysinique congénital. — MM. Lisbonne, J.-M. Bert, M. Godlewski et T. Desmonts.

Action remarquable d'un nouvel extrait hépatique injectable dans deux cas d'anémie irréductible. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et R. Bosc.

Polyradiculite curable de Guillain-Barré et arachnoïdite. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et R. Bosc.

A propos d'un ulcère gastrique post-traumatique chez un syphilitique. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et R. Bosc.

Leucose myéloblastique à métamyéloblastes. Tableau clinique d'aleucie hémorragique. — MM. H. Serre, R. Bosc et P. Cazal.

Deux cas d'anémie syphilitique. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel.

Sclérose en plaques à forme amyotrophique. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et G. Valat.

La novocaïne intraveineuse dans les dyspnées des cardiaques. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier, G. Valat et L. Cabanettes.

Heureux résultat de l'association de l'opothérapie médullaire sous forme d'un extrait injectable à l'hépatothérapie au cours d'une forme hépato-résistante de la maladie de Biermer. — MM. G. Giraud, T. Desmonts et A. Vedel.

Le facteur médullaire anti-anémique. — M. T. Desmonts.

Septicémie streptococcique curable chez un carencé. — MM. G. Giraud, T. Desmonts et A. Vedel.

Lobite tuberculeuse infra-cardiaque droite. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et Mme M. Faure.

Disparition des signes cliniques d'épanchement pleural après soustraction minime de liquide. — MM. J. Vidal, J. Fourcade et Mme L. Faure.

Deux cas de tumeur médiastinale avec compression des gros vaisseaux veineux cervico-thoraciques. — MM. J. Terracol, L. Fabre et Chalmeton.

Images claires de la base droite à double localisation thoraco-abdominale. — MM. R. Trial, R. Marot et P. Lougnon.

De l'incidence du régime alimentaire actuel sur la situation et la forme des segments du tractus digestif. — MM. R. Trial et R. Marot.

Généralisation cancéreuse, métastases multiples : longue tolérance relative. — MM. R. Trial, R. Cosnier, R. Marot et P. Lougnon.

A propos de 10 cas de paralysie radiale des béquillards. — MM. R. Trial et R. Hoareau.

Maladie de Gaucher à forme hépato-splénique pure ; splénectomie. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, P. Cazal et A. Daudé.

A propos de quelques ponctions-biopsies du foie. Leur intérêt théorique et pratique. — M. P. Cazal.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 659.

Troubles circulatoires et syndrome de Thibierge-Weissenbach

Par Louis Ramond,
Médecin de l'hôpital Laennec.

Comme j'ai dit tout récemment que la gangrène sénile par artério-sclérose ou athérome artériel ne se voit pratiquement pas chez la femme, à tel point qu'on a même proposé de traiter les hommes qui en sont atteints par l'opothérapie ovarienne associée à l'auto-hémothérapie (hémocrinothérapie), c'est avec une imperceptible pointe d'ironie qu'un de mes externes m'annonce, ce matin, l'entrée, salle Rostan, d'une femme de 63 ans, « très intéressante » parce qu'elle est atteinte de *claudication intermittente par artérite oblitérante des membres inférieurs*. Je m'empresse de me rendre à son chevet.

Je me trouve en présence d'une femme de 63 ans — Mme B... Maria — sans profession, mince, aux cheveux flous, secs et fins, teints en roux, relativement bien conservée physiquement pour son âge, mais à l'esprit singulièrement obtus.

Par le bulletin que lui a remis son médecin, nous apprenons que celui-ci a porté le diagnostic d' « *artérite oblitérante du pied gauche. Crises nocturnes suraiguës avec cyanose* ».

Elle a commencé il y a trois semaines environ à souffrir du pied gauche, d'abord légèrement, puis de plus en plus fortement.

Pendant le jour elle n'éprouve guère qu'une gêne douloureuse qui lui rend la marche pénible en l'obligeant à ne s'appuyer à gauche que sur son talon, tout contact du sol avec le point d'appui antérieur de sa semelle plantaire gauche étant extrêmement sensible. Elle a donc renoncé à sortir; mais circule dans son appartement en boitillant.

C'est principalement à partir de minuit qu'elle souffre de douleurs vives, bientôt atroces, dans son pied gauche, si bien qu'elle est obligée, pour obtenir quelque soulagement, de s'asseoir sur le bord de son lit, les jambes pendantes au dehors. Elle doit conserver cette position jusqu'au lendemain matin. Il en est ainsi depuis trois semaines !

Outre ces douleurs, elle ressent dans son pied gauche une impression d'engourdissement et de refroidissement qui s'accentue encore lorsque la température extérieure s'abaisse. Ce pied malade est plus froid que le droit et ne se réchauffe pas, même après un pédiluve chaud.

En poussant un peu son interrogatoire, nous arrivons à savoir que, déjà depuis quelques mois, à plusieurs reprises, il lui est arrivé, en montant l'escalier pour gagner son sixième étage, d'être obligée de s'arrêter à cause d'une « crampe » douloureuse de son mollet gauche qu'une courte immobilisation suffisait à faire disparaître.

Croyant au début à de simples douleurs rhumatismales, cette malade s'est d'abord contentée de réchauffer son pied dans de l'eau chaude et de prendre des cachets antinévralgiques. Devant l'inutilité de cette thérapeutique elle s'est décidée à appeler un médecin qui lui a conseillé d'entrer à l'hôpital.

Le pied gauche de cette femme est un peu plus rose que le droit. Il pâlit et devient plus blanc que son homologue si nous l'élevons et le maintenons à la verticale. Il prend, au contraire, une coloration rosée, presque rouge, qui remonte un peu « en chaussette » sur la partie inférieure de la jambe, quand les membres inférieurs pendent vers le sol dans la position assise au bord du lit. A gauche les battements artériels sont nettement perçus à la fémorale et à la poplitée, plus difficilement à la tibiale postérieure dans la gouttière rétro-malléolaire; ils ne sont pas sentis à la pédieuse. Mais il en est exactement de même à droite. Pareillement, l'appareil de Pachon donne de chaque côté, aux mêmes hauteurs, des oscillations absolument semblables ; l'indice oscillométrique est de 7 au-dessus du genou, de 1/2 à 1 au cou-de-pied à droite comme à gauche.

Les artères radiales et humérales sont souples et non indurées; cependant les humérales sont allongées et flexueuses; aussi le signe de la sonnette y est-il net. La tension artérielle au Vaquez est de 15×9 au bras. Le pouls est régulier et bat à 68 par minute. Le cœur est tout à fait normal à l'auscultation, de même que les poumons.

Le ventre est souple et indolore. Le foie a ses dimensions classiques. La rate n'est pas appréciable. Les pupilles sont égales et réagissent correctement à la lumière et à la distance. Le système nerveux est indemne et tous les réflexes tendineux sont normaux. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Il n'y a pas de fièvre.

C'est avec le DIAGNOSTIC d'*artérite oblitérante* que Mme B... est entrée à l'hôpital. Dois-je accepter ce diagnostic sans discussion ? Assurément non.

I. Certes, il est incontestable que le syndrome ischémique présenté par cette malade relève d'un trouble circulatoire artériel et dépend d'une insuffisante irrigation sanguine du pied gauche, et, vu l'âge du sujet, sa claudication intermittente, ses douleurs de décubitus nocturnes, le refroidissement de son pied gauche, sa pâleur ou sa rougeur suivant sa position relevée ou déclive, il était légitime, semblait-il, de penser tout d'abord à la phase prémonitoire d'une *gangrène sénile par artérite oblitérante* du membre inférieur de nature *artério-scléreuse* ou *athéromateuse*.

Mais avant d'admettre cette hypothèse il me paraît indispensable, devant la rareté de la gangrène sénile chez la femme, de rechercher chez cette personne toutes les autres causes susceptibles d'engendrer un syndrome ischémique analogue, et cela d'autant plus qu'elle a des artères qui ne sont pas indurées et une tension artérielle qui est normale.

II. 1° L'oblitération d'une artère du membre inférieur par une *embolie* doit être envisagée. Elle ne peut être incriminée ici, tout d'abord parce que cette ménagère n'a aucune maladie du cœur ou de l'aorte (rétrécissement mitral, endocardite végétante, aortite, ectasie aortique) susceptible de donner naissance à un embolus, et, ensuite, à cause de l'installation lentement progressive des troubles au lieu du début brusque et soudain des accidents par une douleur subite et une impotence fonctionnelle immédiate caractéristique des embolies des membres.

2° D'*autres artérites* que l'artérite chronique athéromateuse sont-elles ici en cause ?

a) Une *artérite infectieuse aiguë*, par exemple ? Ce n'est pas admissible pour deux raisons : l'évolution progressive, lente et apyrétique des accidents ; leur apparition en dehors de toute maladie infectieuse aiguë (fièvre typhoïde au paratyphoïde, pneumonie, grippe, etc.).

b) Bien qu'elle s'observe surtout dans le sexe masculin et chez des sujets jeunes et que, généralement, ses manifestations soient bilatérales et symétriques, l'*artérite syphilitique* serait plus discutable, car cette femme présente une déficience psychique impressionnante et elle a un fils de 32 ans atteint d'épilepsie depuis sa majorité (son mari est mort de la grippe en 1918). Cependant on ne trouve chez elle aucun stigmate de syphilis, et les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives dans son sang.

c) D'*artérite diabétique* il ne peut être question, notre malade n'ayant pas de polydipsie, de polyphagie, ni de polyurie, et ses urines ne contenant pas de sucre.

d) Enfin, le sexe et l'âge de ce sujet doivent aussi nous faire écarter la possibilité d'une *thrombo-angéite oblitérante* ou *maladie de Léo Buerger*, qui frappe surtout des hommes jeunes — 20 à 40 ans — non syphilitiques, juifs russes ou polonais, grands fumeurs, et qui évolue très lentement, en ne donnant lieu pendant des mois et des années qu'à des troubles subjectifs (engourdissements, paresthésies, douleurs) avant de déterminer des signes objectifs d'ischémie.

Toutes ces causes de troubles de la circulation artérielle successivement éliminées, je me demande un instant si je vais être incapable de pouvoir conclure d'une façon positive sur la nature exacte des troubles vasculaires de Mme B... quand je remarque sur la crête cubitale de son avant-bras droit, étagés à 3 *cm.* environ les uns des autres, trois petits nodules de la grosseur d'un pois, situés sous la peau et l'infiltrant même, très durs et de consistance pierreuse, non douloureux spontanément, mais un peu sensibles au palper. J'apprends que ces nodules ont fait leur apparition il y a deux ans. Il en existe un quatrième au-devant de la rotule droite. Il y en a eu un cinquième à la partie postérieure du coude droit ; il s'est résorbé tout seul insensiblement. Je reconnais là des *concrétions calcaires* (faites de carbonate et de phosphate de chaux) rappelant les tophus goutteux, mais différents d'eux par leur constitution qui les rend opaques aux rayons X (tandis que les tophus, faits d'urate de soude, sont clairs à la radiographie). Or, ces concrétions calcaires évoquent immédiatement dans mon esprit l'idée de la *sclérodermie* à laquelle elles s'associent pour constituer ce que l'on appelle le *syndrome de Thibierge-Weissenbach*.

Je cherche donc si cette femme n'est pas atteinte de sclérodermie, et c'est sans étonnement que je remarque qu'elle a une *sclérodactylie* typique. Effectivement la phalangine et la phalangette des quatre derniers doigts de chacune de ses mains sont effilées et recouvertes d'une peau amincie, sèche, tendue, impossible à plisser. Cette modification morphologique s'est accentuée peu à peu depuis quatre ans, date de son apparition. Elle s'accompagne de crises de syncope et d'asphyxie locales de ces extrémités parfois spontanées, mais toujours provoquées par le froid.

Ces constatations éclairent la pathogénie des troubles vaso-moteurs du pied gauche pour lesquels Mme B... est hospitalisée. Atteinte de sclérodermie à forme localisée aux mains — de sclérodactylie — elle présente à l'extrémité des membres supérieurs des crises vaso-motrices de syncope et d'asphyxie locales, analogues à celles de la maladie de Raynaud, par suite d'un dysfonctionnement sympathique d'origine endocrinienne amenant des accès d'angiospasme des petites artères périphériques. Il est donc légitime d'attribuer sa claudication intermittente et ses crises de douleurs de décubitus à un angiospasme de même nature agissant sur des artères plus importantes : celles de sa jambe gauche.

Finalement cette malade qui m'était présentée comme un cas exceptionnel — une gangrène sénile par artérite oblitérante progressive athéromateuse (à sa période prégangréneuse) chez une femme — rentre tout à fait dans la règle, puisqu'elle est seulement atteinte d'ANGIOSPASME par suite de sa SCLÉRODERMIE, affection surtout féminine.

Le PRONOSTIC local est relativement bon, en ce sens que la gangrène du pied ou des orteils n'est pas à craindre. Mais les troubles vaso-moteurs actuels indiquent l'extension de la sclérodermie aux membres inférieurs, et il est probable que cette affection va continuer son évolution progressive, heureusement très lente d'habitude.

Je propose d'instituer le TRAITEMENT médical suivant : 1° le *repos* avec *enveloppement ouaté* du pied malade refroidi ; 2° des *bains de pied chauds* biquotidiens ; 3° une série de 16 injections intra-musculaires quotidiennes de *chlorhydrate d'acétylcholine* (0 *g.* 20) et de *papavérine* (0 *g.* 05) ; l'administration orale de *chlorure d'ammonium* à la dose de 3 *g.* par jour ; 5° la prise de comprimés *d'aspirine*, contre les douleurs, si c'est nécessaire.

Il ne saurait être question, vu son âge et le peu d'importance de ses troubles, d'envisager chez cette malade un traitement chirurgical comme la *sympathectomie périartérielle* ou la *parathyroïdectomie*.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

UNE « MALADIE D'AVENIR »
EN AFRIQUE NOIRE :

La Volvulose cutanée et oculaire

Certes cette affection appartient très largement aux statistiques futures mais, dans l'Afrique noire où elle sévit sans ménagement, elle fut, elle est bien aussi — parce qu'on l'y méconnut longtemps — une maladie du passé et du présent qui, en impressionnantes séries, a créé et crée chaque jour des aveugles incurables.

C'est un tableau pathologique causé par *Filaria volvulus* dont les microfilaires, issues de nodules fibreux plus ou moins nombreux, finissent par envahir les globes oculaires en lésant gravement, comme on va en juger, ce délicat système sensoriel.



Fig. 1. — Onchocercose. Kystes de la région trochantérienne. Début de volvulose oculaire. (Haute Côte-d'Ivoire. A. O. F.)

La volvulose oculaire est généralement précédée de la volvulose (ou onchocercose) cutanée. L'une et l'autre ne furent qu'assez récemment étudiées, surtout par Hissette au Congo belge [1], par Joyeux [2] et par Pierre Richet [3] en Afrique Occidentale française.

Dans le Nouveau Monde (Guatémala), elles furent bien décrites par Robles, en 1916. Mais c'est au Congo belge que les recherches furent le plus poussées : en 1934, une mission (ophtalmologiste Hissette, entomologiste Bequaert, parasitologue Sandground) entreprit une large enquête sur cette question dans les contrées les plus contaminées de volvulose. Elle constata, dans certaines régions, 95 pour 100 de porteurs de nodules fibreux (25 à 100 nodules, et plus, chez le même individu), avec une infestation de simulies de 33 pour 100 (5 pour 100 seulement au Guatémala, d'après Robles).

Avant ces dates, assez nombreuses furent en Afrique (Ouzilleau, Laigret et Lefrou, Rodhain, Clapier) les recherches sur ces cécités collectives inexpliquées. Personnellement, j'ai assez souvent vu incriminer la consommation du poisson pêché dans des eaux empoisonnées pour le capturer avec le moins d'efforts possibles. En réalité, les pêcheurs venaient subir dans ces marigots les piqûres des presque invisibles simulies, agents transmetteurs de *Filaria volvulus*. Il est intéressant de constater qu'en Haute Côte-d'Ivoire, comme l'a fait remarquer Pierre Richet, les indigènes appellent *tissé* (les arbres) cette maladie qui, d'abord, couvre la peau de lésions ichtyosiques, la transforme, disent-ils, en « peau de caïman », et ensuite aveugle progressivement les malades après qu'en des points divers de leur corps — mais particulièrement à la nuque — ils ont vu apparaître des kystes sous-cutanés.

Le curieux, disais-je, est cette relation de « site » à effet : les autochtones appellent la volvulose « maladie des arbres » parce qu'ils savent que cette affection se contracte là où se trouvent de grands arbres, c'est-à-dire sur le bord des ruisseaux et des rivières. Ce qu'ils ignorent, c'est que, précisément dans ces mêmes lieux, les simulies qui y pullulent et dont ils connaissent bien la vésicante piqûre leur inoculent *Filaria volvulus*.

Deux mots de la *volvulose cutanée*.

Elle débute par un prurit opiniâtre, bientôt devenu un prurigo localisé sur le thorax, l'abdomen, la face antérieure et externe des membres, les lombes, les fesses. Le grattage est impérieusement provoqué par la migration intradermique des générations successives de *Filaria volvulus*. Dans ces zones prurigineuses, un prélèvement de sang révèle des microfilaires sans gaine.

Puis apparaissent des papules plates pustulisées, à contenu séro-purulent. Enfin, résultat de la dessiccation en squames, voici la « peau de saurien », ou la « peau de vieillard » (Ouzilleau), la « peau de caïman », disent les *Bousancés*, indigènes de Tenkodogo (Haute Côte-d'Ivoire), qui payent un lourd tribut à l'Onchocercose.

A la période d'état, la peau offre un aspect lichénoïde particulier, bien décrit en 1920 par Montpellier et Lacroix. Ces auteurs ont simplement attribué les lésions au prurit, alors que pour Ouzilleau, Laigret et Lefrou, la « peau de caïman » est la résultante des réactions inflammatoires produites par le cheminement des microfilaires dans le derme. M. Brumpt, se basant sur l'absence parfois de kystes onchocerquiens et de microfilaires dans le derme, n'accorde pas de spécificité à cette dermatose. Pour Rodhain et Dubois (1931), ces troubles cutanés seraient liés à des phénomènes allergiques individuels.

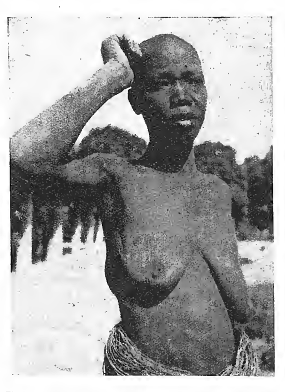


Fig. 2. — Femme trypanosomée atteinte de volvulose oculaire. Gros kyste du flanc droit. Avait reçu une posologie arsenicale correcte. (Haute Côte-d'Ivoire. A. O. F.)

Progressivement, le malade arrive à la *phase oculaire* de sa volvulose.

Les aveugles de 30 ans ne sont pas rares. 10 pour 100 des onchocerquiens présentent des désordres oculaires allant du simple trouble visuel à la cécité complète. Telle est la statistique de Pierre Richet dans le cercle de Tenkodogo, en Haute Côte-d'Ivoire. Celle d'Hissette, au Congo belge, est plus sévère encore : dans un village du Nord-Ouest Congo, 68 habitants sur 150 étaient atteints de volvulose oculaire et 15, soit 10 pour 100, étaient complètement aveugles.

Les principales manifestations de cette atteinte de l'œil sont l'iritis, l'irido-cyclite, l'irido-choroïdite, la descémite, l'atrophie irienne, la kératite ponctuée, le pannus, la choroïdo-rétinite entraînant l'atrophie optique puis la cécité. Cette dernière serait plus rare lorsque le cuir chevelu, le front ou la nuque ne seraient pas le siège de nodules filariens.

Le traitement est décevant. Si elle

Fig. 3. — Nombreux aveugles par volvulose oculaire triés dans un rassemblement pour dépistage de la maladie du sommeil. Tous sont porteurs de kystes onchocerquiens. (Sara-Kaoua. Nord-Togo.)

1. Hissette : Sur l'existence d'affections oculaires importantes d'origine filarienne dans certains territoires du Congo belge. *Ann. Soc. belge Méd. Trop.*, 1931, 11, 45.
2. Joyeux, Sedan et Esmenard : Un cas d'onchocercose contractée à la Côte-d'Ivoire, avec complications oculaires. *Ann. d'oculist.*, 1936, 173-200.
3. Pierre Richet : La volvulose dans un cercle de la Haute Côte-d'Ivoire. Ses manifestations cutanées et oculaires. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1939, 32, 341, et *Soc. Méd. et Hyg. Col. de Marseille*, 1er Décembre 1938.

supprime des filaires adultes, l'ablation des kystes ne peut s'opposer à la dissémination souvent préalable des microfilaires. Toutefois, Pierre Richet a signalé qu'un presque-aveugle pût marcher sans bâton et reconnaître l'entourage après qu'il lui eût extirpé une dizaine de nodules.

Mis à part ces graves aboutissants, lésions cutanées et amblyopies, l'onchocercose peut provoquer des arthropathies, des pyomyosites, de la cachexie.

C'est à la lumière de ces faits qu'avec Pierre Richet j'ai examiné, de 1939 à 1941, de nombreux cas de troubles oculaires et de cécités confirmées, jusque-là imputées à une posologie arsenicale excessive chez des trypanosomés.

Il importait de procéder à une discrimination étiologique. Je reste convaincu qu'elle eût sans doute été opportune au Cameroun, il y a une quinzaine d'années, lorsqu'à mon ami Jamot on imputa un peu vite des centaines de cécités par surarsenication. Que celle-ci ait été en cause, aucun doute là-dessus. Mais à cette époque on ignorait totalement les effets oculaires de l'onchocercose qui, peut-être, était la cause réelle d'un certain pourcentage de ces amauroses en séries autour desquelles on fit grand bruit. Il resterait à le confirmer sur place.

C'est ainsi qu'en Haute Côte-d'Ivoire P. Richet et moi avons étudié le cas typique de 16 trypanosomés aveugles dans la subdivision de Banfora. Leur interrogatoire nous apprit vite qu'ils étaient tous originaires du même canton (Loumana). Cela nous donna à penser que la médication trypanocide n'était pas seule en cause dans la genèse de ces lésions, la même thérapeutique étant sans incidents appliquée a des cantons voisins.

Or, sur ces 16 aveugles, 9 l'étaient avant tout traitement arsenical.

Ils présentaient des signes évidents de volvulose oculaire. 7 d'entre eux étaient porteurs de nodules fibreux à *Onchocerca volvulus* (fig. 1 et 2).

D'autre part, sur les 7 trypanosomés devenus aveugles en cours de traitement, 6 présentaient aussi des kystes à onchocerques. Tous offraient les signes habituels de la volvulose oculaire : kératite ponctuée, séquelles d'irido-cyclite, symptômes d'atrophie optique. Les doses d'atoxyl et de tryparsamide dont on avait usé pour traiter ces malades ayant toujours été modérées et en rapport correct avec le poids somatique, nous avons pensé, P. Richet et moi, que la seule volvulose oculaire était responsable de leur cécité, ou que le nerf optique de ces onchocerquiens avait été fragilisé par cette filariose dont les répercussions sur le fond de l'œil s'avéraient très graves.

Dans le nord Togo (fig. 3), nous fîmes les mêmes constatations, au cours d'inspections répétées de secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil.

Aussi, dès 1939, ayant achevé divers sondages qui durèrent cinq mois environ, je crus utile de mettre en garde les médecins-chefs des 31 secteurs spéciaux que je venais d'ouvrir en A. O. F. et au Togo pour une lutte antisommeilleuse enfin coordonnée, contre les troubles oculaires qui pourraient facilement surgir chez des trypanosomés volvuleux :

« Instructions n° 2/39 ».

.. ..

4. *Prévention des amauroses chez les trypanosomés.* — Dans maintes régions de l'A. O. F. et du Togo un grand nombre d'indigènes sont atteints d'onchocercose (*Onchocerca volvulus*).

Le diagnostic de cette filariose est, en général, facile par la recherche méthodique sur les plans osseux, notamment sur le gril costal, les crêtes iliaques, les trochanters, les plateaux tibiaux, le sacrum, le crâne.

D'après la récente étude du médecin capitaine P. Richet (*Bull. Soc. Pathol. exot.*, 3 Mars 1939, n° 3), une proportion, souvent très élevée, des volvuleux est atteinte de troubles oculaires graves, caractérisés *principalement* par une irido-cyclite torpide, évolutive, cause de synéchies (séclusions, occlusions pupillaires) et par des lésions du fond de l'œil (choroïdo-rétinite, dystrophie et atrophie optique) aboutissant fréquemment à la cécité complète.

En somme, autant sinon plus que l'Onchocercoce américaine, dite Onchocercose *coecutiens*, l'*Onchocercose africaine est responsable d'un nombre considérable de troubles oculaires graves et d'amauroses.*

J'ai pu m'en rendre compte au cours de ma première tournée d'inspection (Haute Côte-d'Ivoire, Niger, Dahomey, Togo).

Dans certains villages de Fada N'Gourma (Niger) par exemple, *plus de* 10 *pour* 100 *de la population est frappée de cécité totale,* sans parler des troubles oculaires évolutifs graves dus aux microfilaires d'*Onchocerca volvulus.*

Au hangar de Sara-Kaoua (secteur de Lama-Kara, Togo), parmi un millier d'indigènes rassemblés pour la prospection, j'ai relevé une quarantaine d'amauroses relevant de la même étiologie.

Des constatations analogues ont été faites en plusieurs autres régions.

En raison de l'existence de lésions du fond d'œil chez de nombreux volvuleux, il importe de redouter une sensibilité particulière du nerf optique chez ces filariens, tout spécialement chez ceux qui présentent déjà de l'amblyopie.

Certains faits me donnent à penser que les accidents oculaires, imputés aux médications trypanocides, sont particulièrement fréquents chez ces Onchocerquiens à nerf optique fragilisé. J'attacherai du prix à être informé de vos constatations à cet égard.

Je tiendrai aussi à ce que me soit signalés :

— les régions très infestées de volvulose, avec indication du pourcentage, facilement établi aux cours des prospections, des porteurs de nodules fibreux à onchocerques ;

— le pourcentage des cas d'amaurose constatés chez les volvuleux au cours de vos prospections (le vrai pannus complet est fréquent en cas de volvulose oculaire ; ne pas l'attribuer au trachome sans discrimination) ;

— les cas d'amaurose survenus en cours de traitement chez les volvuleux déjà atteints ou non de troubles oculaires.

Notez aussi que les différents facteurs du milieu (végétation, hygrométrie, etc.), qui conditionnent les possibilités d'existence et de développement des glossines, ont la même incidence sur la pullulation des simulies, vectrices de microfilaires d'*O. volvulus,* ce qui permet de comprendre qu'un nombre important de trypanosomés soient parfois porteurs de nodules à onchocerques.

Vos rapports semestriels comporteront, le cas échéant, une rubrique spéciale touchant ces très intéressantes questions.

Par de telles mesures, furent sans doute évitées ces *cécités en série,* non rares il y a quelques années encore, qui ruinaient promptement dans telle ou telle région — et cela se conçoit aisément — notre œuvre de guérisseurs. Prestige médical qui souvent n'y était établi qu'avec peine, par les années de labeur et de patience de cet admirable praticien qu'est le médecin colonial « de brousse ».

G. Muraz,
ancien chef des services de la maladie du sommeil de l'A. E. F. et de l'A. O. F.

H. Surmont

(1862-1944)

Avec le Professeur Surmont disparaît le dernier survivant d'une promotion d'agrégés qui honora grandement la Faculté de médecine de Lille, en comptant avec lui Laguesse et Curtis.

Le Professeur de clinique de l'hôpital Saint-Sauveur aimait à rappeler que la préparation de son concours lui avait permis de prendre place, sous la direction du jeune agrégé et médecin des hôpitaux qu'était alors Gilbert, dans une équipe remarquable, dont les membres ont tous laissé un nom dans la médecine contemporaine. Cette année 1892 fut non moins fructueuse par les matinées qu'il passa dans les services de Hayem et de Hanot et qui ne furent pas étrangères à son orientation ultérieure vers la pathologie digestive. En Août 1897 la réputation de Surmont était consacrée par le rapport sur « les formes cliniques des cirrhoses du foie » qu'il présentait avec son maître et ami Gilbert au Congrès international de Moscou.

Depuis cette époque, dans les chaires d'Hygiène et de Pathologie expérimentale, le Professeur de Lille ne devait cesser de traduire ses qualités de labeur et son bon sens clairvoyant en subordonnant les disciplines dont il avait la charge aux exigences de la thérapeutique préventive et du diagnostic biologique. Organisateur généreux, aussi tenace que modeste, il a fait surgir de toutes pièces un magnifique service de gastro-entérologie, remarquablement outillé, qui est à la fois un centre d'enseignement et un centre de recherches, et dont le renom dépassant nos frontières a valu à son créateur les distinctions les plus honorifiques. C'est dans ce champ d'action que se donnèrent libre cours sa haute conception du devoir, sa bonté et son exquise courtoisie.

Pour juger l'ampleur de cette œuvre, il convient de songer aux lugubres années de deuil, où dans les ruines de la cité meurtrie le Professeur de Lille encourageait ses compatriotes à porter leurs yeux vers l'avenir, au lieu de les fixer sur un présent douloureux et tragique. Par la qualité des réalisations qu'en homme de cœur il sut mener à bien au lendemain d'un désastre, M. Surmont nous laisse un grand exemple d'espérance et d'action.

Etienne Chabrol.

Correspondance

A propos du « Biotropisme »

Dans *La Presse Médicale* du 19 Février, M. Milian fait quelques remarques à propos du mot « biotropisme » employé par moi dans un article paru le 22 Janvier 1944.

M. Milian écrit : « M. Hauduroy découvre une symbiose. Je voudrais lui signaler que ce mot qu'il emploie comme nouveau-né dont il serait le père est déjà âgé de plus de 30 ans. Il pourra s'en rendre compte par le livre : Milian, *Le biotropisme.* (*Libraire Baillière*), 1929. »

Je n'ai jamais « découvert » une symbiose, mais simplement essayé de mettre en évidence un caractère, essentiel pour moi, des ultravirus.

Quant à la recherche de la paternité du mot « biotropisme », elle semble se révéler bien difficile. M. Milian cite comme référence son livre paru en 1929 que je ne peux malheureusement pas me procurer en ce moment et qui contient peut-être des renvois à un emploi antérieur du mot. Si je m'en tiens (ai-je raison ?) à la référence de 1929 je voudrais à mon tour signaler à M. Milian que j'ai utilisé le mot biotropisme en 1926 (*Paris-Médical*, 5 Juin 1926, 546), que je l'ai largement utilisé depuis et qu'en particulier dans le livre *Les ultravirus pathogènes et saprophytes*, paru en 1934 (*Masson*), j'ai signalé l'emploi du mot par M. Milian (p. 419) et regretté qu'il l'ait employé après moi, n'ayant pas retrouvé à cette époque de référence antérieure à 1929.

« Biotropisme » n'est donc pas pour moi un « nouveau-né » mais un grand garçon de 18 ans.

Quant au sens du mot, je ne peux malheureusement pas suivre M. Milian dans la définition qu'il en donne. Tropisme veut dire « accroissement ou progression d'un organisme dans une direction donnée sous l'influence d'une excitation extérieure » (*Larousse*). En biologie les tropismes (géot., phot., etc.) sont l' « orientation prise par des organes en voie de croissance sous l'influence de..., etc. » (*Guillermond* et *Mangenot*). Biotropisme veut donc littéralement dire « accroissement ou progression ou orientation vers la matière vivante et sous son influence ».

Paul Hauduroy.

Erratum

Dans l'article de M. Fourestier, sur le « *Pneumokyste* », paru dans notre numéro 9, du 6 Mai 1944, les clichés des figures 2 et 3 (p. 133) ont été intervertis.

Livres Nouveaux

La maladie post-opératoire, par O. Lambret, 1 vol. de 96 pages avec figures (*Masson et Cie*), Paris, 1943. — Prix : 45 fr.

La maladie des opérés, par Maurice Larget et J.-P. Lamare, 1 vol. de 120 pages, 16 figures (*Masson et Cie*), Paris, 1943. — Prix : 45 fr.

Il y a deux ans, Tzovaru et Theodoresco publiaient un fort volume intitulé « La maladie opératoire ». Le fait que deux ouvrages nouveaux traitent du même sujet et paraissent en même temps, prouve que certains chirurgiens sont préoccupés de l'importance des conceptions de Leriche concernant la maladie post-opératoire.

O. Lambret, Maurice Larget et J.-P. Lamare ont résumé sous la forme d'un précis les acquisitions relativement récentes, qui, dès maintenant, doivent apporter aux chirurgiens plus de facilités pour éviter ou atténuer ces ennuis que l' « agression opératoire » traîne après elle, sans qu'on puisse, à coup sûr, reprocher à l'opéré des tares somatiques congénitales ou acquises, ou aux exécutants une faute de discipline.

La tâche était difficile pour O. Lambret, Maurice Larget et J.-P. Lamare, parce que si certains faits sont bien acquis, d'autres sont certainement sujets à critique et à revision. Lambret, Larget et Lamare se sont efforcés de traduire en langage clair les différentes incidences, sans aucun doute leur mérite est grand ; mais il est bien évident que toutes les appréciations et analyses bio-chimiques que cette nouvelle maladie chirurgicale comporte exige des chirurgiens beaucoup plus de notions biologiques que celles dont ils ont coutume de se satisfaire. Ils devront se familiariser avec les termes d'hyperplaquettinémie, de natrémie, de kalicémie, de glutathiémie, d'exhémie, expressions de phénomènes intimes dont la notion est certainement indispensable malgré son obscurité momentanée.

Si l'on part de ce postulat que la maladie post-opératoire est la résultante des sections, des dilacérations, des compressions des filets nerveux pariétaux et viscéraux que nous lésons, obligatoirement, au cours de notre agression manuelle et instrumentale, la prévention de la maladie post-opératoire pourrait être facile. Si R. Leriche a recommandé aux chirurgiens de traumatiser au minimum les tissus sur lesquels ils opèrent, il a dit qu'on éviterait beaucoup de complications opératoires, mais il n'a pas dit qu'on les éviterait toutes. Un fait curieux c'est l'innocuité presque absolue, quant à la maladie post-opératoire, des interventions portant sur la face, le cou et les membres. Il y a là matière à réflexion profonde.

En nous montrant la maladie post-opératoire sous ses différents aspects, Lambret, Larget et Lamare nous instruisent et nous arment en même temps. Leur longue expérience personnelle leur permet de nous donner de précieux conseils. Il faut les en remercier et les féliciter.

P. Wilmoth.

Les ictères. Moyens d'exploration, symptômes, physiopathologie, thérapeutique, par I. Pavel. 1 vol. de 183 p., avec 66 fig., Bucarest, 1943.

De longue date l'étude des ictères a été pour Pavel un objet de prédilection. Le présent ouvrage expose ses conceptions très personnelles. Le premier chapitre est consacré à l'exploration fonctionnelle des ictères. Ne ménageant pas les critiques à l'épreuve de la galactosurie, il réserve sa confiance à trois méthodes : l'exploration de la sécrétion biliaire à l'aide du tubage duodénal, féconde en enseignements de divers ordres ; la courbe ictérométrique que permet de construire la détermination de la bilirubinémie ; l'exploration radiologique du duodénum qui, outre les modifications morphologiques,

permet de saisir les troubles de la dynamique duodénale : hypotonie, spasme du sphincter d'Oddi, etc.

Pavel étudie ensuite successivement les ictères hémolytiques, expression d'une méiopragie congénitale des hématies et d'un hyperfonctionnement de la rate et des cellules de Kupffer, dont il précise les caractères hématologiques, les modalités et la pathogénie; les ictères par obstacle mécanique où le diagnostic se heurte souvent à des difficultés tant pour établir l'origine mécanique de l'ictère que pour reconnaître la nature de l'obstacle; les ictères par obstacle fonctionnel, chapitre dans lequel il s'est montré un initiateur en établissant le rôle joué par le spasme du sphincter d'Oddi. Une large place est ensuite dévolue au syndrome de l'ictère catarrhal dans la pathogénie duquel Pavel remet en honneur la duodénite, jadis invoquée par Broussais, et dont les méthodes d'exploration actuelles permettent d'affirmer à la fois la réalité et l'importance dans la genèse de la jaunisse, par suite des troubles de la dynamique duodénale produits : stase hypertonique, dyskinétique et hypotonique, toutes ces perturbations conduisant à une stase où à un ralentissement de la traversée duodénale. L'ouvrage se termine par l'étude des ictères par hépatite dont la pathogénie, restée jusqu'ici très hypothétique, est l'objet d'une interprétation ingénieuse et plausible.

P.-L. Marie.

SERVICES HOSPITALIERS

dépendant du Secrétariat d'État à la Santé (Région parisienne), de l'Assistance Publique à Paris, de la Ville de Paris, de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de Police.

Annexe de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul, 26, avenue de la Croix-de-Berny, à Antony (Seine). Tél. GOBelins 44-82. — *Médecin:* M. M. Garnier.

Asile des Convalescents pour Enfants, à Mont-Saint-Aignan (Seine-Inférieure). — *Médecin:* M. L. Grancher.

Asile national des convalescences du Vésinet (Seine-et-Oise), 72, avenue de la Princesse. Tél. 33, le Vésinet. — Directeur: M. Blanchet. — *Médecins:* MM. Calbet, Pelisse. — *Pharmacien:* M. Gibergy. — *Internes:* MM. H. Blanchet, Darcourt, Delasnerie.

Asiles nationaux des convalescents et Vacassy, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice (Seine). Tél. ENTrepôt 29-19. — Directeur: M. Barbary, insp. gén. de la Santé, en serv. détaché. — *Médecins chefs:* MM. Cugnet, P. Oury. — *Radiologie:* M. Rebuffel. — *Orthopédie:* M. Rœderer. — *Physiothérapie:* M. Préaut. — *Stomatologiste:* M. Meuret. — *Pharmacien:* M. Dumesnil. — *Internes:* MM. Ader, Beaudoin, Vernet, Visquez.

Asile-Ouvroir de Bellême (Orne) [Fondation Boucicaut]. Tél. 40. — *Médecin:* M. G. Meltz.

Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). Tél. 6. — *Médecin chef et directeur:* M. Leconte. — *Internes f. f. assistants:* MM. Marty et André, M. Clostre (S. T. O.).

Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Tél. 7, à Dun-sur-Auron. — *Médecin-directeur:* M. Masson. — *Médecin-chef:* M. Raucoules. — *Médecins assistants:* MM. Dupont et Mandryka.

Dispensaire de salubrité, 3, quai de l'Horloge, Paris-1er. Tél. Préfecture de Police 672. — *Médecin-chef:* M. L. Périn. — *Médecin-chef adjoint:* M. Marceron. — *Médecin épidémiologiste:* M. Durel. — *Médecins titulaires:* MM. Barthélemy, Roberti, Bocage, Solente, Ducourtioux, Rimé, Renault, de Douhet, Lafourcade, Lortat-Jacob, Golé, Boulle, Collart, Duperrat, Colin, Boudin, Boursat, Bouwens. — *Médecins adjoints:* MM. Lafontaine, François, Delzant, Lardat, Flandin. — *Médecins agréés:* MM. Bastard et Dubarry. — *Chef de laboratoire:* M. Rabreau; assistante: Mme de Rio-Branco. — *Assistantes sociales:* Mme Serres, Mlle Claudel.

Ecole départementale Adolphe-Chérioux, 4, route de Fontainebleau, Vitry (Seine). Tél. ITAlie 25-85. — *Médecin:* M. Méténier. — *Interne:* M. Wallon.

Fondation Emile-Zola, à Medan (S.-et-O.). Tél.: 0-52 à Villennes-sur-Seine. — *Médecin:* M. de Chirac.

Fondation Galien, à Croissy (S.-et-O.). Tél. 21-21. — *Médecin:* M. Darré.

Groupe hospitalier Paul-Brousse (Hospice Paul-Brousse, Maison de retraite Emile-Deslandres et Institut du Cancer), 14, 16 et 16 *bis*, av. des Ecoles, Villejuif. Tél. ITAlie 20-00 et ITAlie 17-01. — *Directeur:* M. Bley.

Hospice Paul-Brousse (Tél. ITAlie 20-00).

Médecin-chef: M. le Prof. agr. Lhermitte. — *Médecins:* MM. Méténier, Mouzon, Sigwald; internes: MM. Lecomte, Bonnet, Lecoin, Mlle Gautier. — *Chirurgien:* M. M. Barbier; internes: MM. Le Cain et Gevraise. — *Laboratoire:* M. Peyre. *Radiologie:* M. Gastaud. — *Oto-rhino-laryngologie:* M. Chabert. — *Ophtalmologie:* M. Offret. — *Stomatologie:* M. Pierson. — *Pharmacien:* M. Malmy; internes: M. Fevrier, Mlle Lebrun, M. Sénégas, Mlle Kugener.

Institut du Cancer (Tél.: ITAlie 17-01).

Directeur: Prof. G. Roussy.
Directeur administratif: M. Bley.

A. Section hospitalière : *Directeur médical;* Prof. Roussy. — *Médecins:* Prof. agrégés Huguenin et Delarue. — *Chirurgien:* M. Redon; assistants: MM. Barbier et Denoix. — *Radiologie:* chef de service: M. Belot; assistants: MM. Surmont, Pouey et Bertrand. — *Radiumlogie:* chef de service: Mme Simone Laborde; assistants: MM. Wickham, Kritter, Mlle Bouvet et M. Chauvin. — *Oto-rhino-laryngologie:* MM. Huet et Rossert. — *Ophtalmologie:* M. Offret. — *Gastrologie:* M. Albot et Mme Lannegrace. — *Endoscopie:* M. Bertillon et Mme Lancien. — *Urologie:* M. Bouchard. — *Pharmacien:* M. Malmy. — *Internes:* MM. T. Sarracino, Ballade, Romain, Wallon, Mme Ronjean, N..., N...

B. Section des Laboratoires : *Sous-directeur:* Prof. agrégé Huguenin. — *Laboratoire d'Anatomie pathologique:* assistants: MM. Perrot et Vermès. — *Laboratoire de Chimie et Chimie physique:* chef de service: M. Truhaut; assistant: M. Helleux. — *Laboratoire de Cytobiologie:* chef de service: Prof. Verne. — *Laboratoire de Bactériologie:* Mme Vermès; assistant: M. N... — *Laboratoire de Médecine expérimentale:* préparateur: M. Guérin. — *Photographie:* M. Mangini.

Hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) [Maison de convalescence]. Tél. 14. — *Médecin:* M. André Bisot.

Hôpital Franco-Musulman de Paris et du Département de la Seine, route de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Tél. NORd 64-15. — Directeur: M. Rimaniol; économe: M. Walhin.

Médecins. — *Médecine générale:* M. E. Nicolas; assistants: MM. Sfar et Bourgin; interne: M. Gladu. — *Urologie:* M. Bordier; interne: M. Chakroun. — *Tuberculose:* M. Sakka; assistant: M. Somia; internes: MM. Issad et Hajaji.

Chirurgien: M. Y. Longuet; assistant: MM. Th. Gibert et di Chiara; internes: MM. El Okby et Chalopin.

Ophtalmologiste: M. Monbrun; assistant: M. Masson; interne: M. Sarradj. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Louis Leroux; assistant: M. A. Chevalier; interne: M. Daupleix. — *Laboratoires:* M. Jausion; assistant: M. Calop; interne: M. Carlier. — *Radiologiste:* M. Ledoux-Lebard; assistant: Mlle Mottez. — *Stomatologiste:* M. Bertier. — *Pharmacien:* Mlle Rollen; internes: MM. Petit et El Mellouli.

Hôpital Henri-Rousselle (Centre de Prophylaxie mentale rattaché au Centre psychiatrique Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris-14e. Tél.: GOBelins 99-50 et la suite. — Directeur administratif: M. Roger Verlomme. — *Médecin-directeur:* M. Genil-Perrin.

Dispensaire et consultations. — *Psychiatrie générale:* MM. Genil-Perrin, Mâle, Mlles Badonnel et Barret, MM. Barbé, N... — *Médecins-Assistants:* Mlle Badonnel, M. Pichard, Mlle Barret, M. Maleyric. — *Médecin du service social:* M. Mâle. — *Médecin du service central:* M. Dupouy. — *Médecine générale:* M. Teisseire. — *Toxicomanies:* M. Dupouy. — *Psychiatrie infantile:* M. N... — *Epileptiques:* M. Marchand. — *Alcooliques:* M. Mignot. — *Syphilitiques:* M. Targowla. — *Neurologie:* M. André Thomas. — *Endocrinologie:* M. Sainton. — *Physiothérapie:* M. Graudeau. — *Ophtalmologie:* M. Lagarde. — *Oto-rhino-laryngologie:* M. Labarraque. — *Dermatologie:* M. Colin. — *Psychothérapie:* M. Minkowski. *Service social.* — Assistante en chef: Mlle Hébrard. — *Propagande d'hygiène mentale:* Mme Lebas.

Services d'hospitalisation: MM. Genil-Perrin, Dupouy, Pichard.

Pharmacien-chef: M. Lévêque.

Laboratoires. — *Physiologie:* M. Simonnet. — *Chimie biologique:* M. Delaville. — *Psychologie et orientation professionnelle:* M. Zazzo. — *Bactériologie et sérologie:* M. Durssent. — *Anatomie pathologique:* M. Marchand. — *Hématologie:* M. Guieysse. — *Radiologie et diathermie:* M. Misset. — *Coprologie:* M. N...

Hôpital Marin de la Ville de Paris, à San-Salvadour (Var) (fermé). — *Médecin:* M. Fohanno. Assistants: Mme Benoit, Mlle Roussy. — Assistante de *Pharmacie:* Mlle Pierdait.

Hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher). Tél. 1 — *Directeur-médecin:* M. A. Donnadieu. Assistants: M. R. Félix et Mme P. Félix.

Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Tél. 11 et 40 à Neuilly-sur-Marne. — *Directeur:* M. Roulot. — *Médecins-chefs:* MM. Beaudoin, Chatagon, Demay, Martimor, Vié et Mlle Cullaire.

Hôpital psychiatrique de Moisselles, à Moisselles (Seine-et-Oise). Tél.: 8 à Moisselles. — *Directeur-médecin:* M. Pierre Menuau. Internes: MM. V.-J. Durand, Abeille. — *Stomatologiste:* M. Janets. — *Ophtalmologiste:* M. Bégué.

Centre psychiatrique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris-14e. Tél. GOBelins 99-50 et la suite. — *Directeur:* M. Roger Verlomme.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

Professeur: M. J. Delay, agrégé faisant fonction; *chefs de clinique:* MM. Paul Neveu et Maillard, Mlles Jouannais, Moreau. — *Chefs de laboratoire:* MM. Cuel, Corteel, Parrot, Soulayrac; *internes:* MM. Desclaux, Gendrot, Leulier.

Hôpital.

1re *section femmes:* M. Guiraud; internes: Mme Leulier-Barat, M. Sauguet. — 2e *section femmes:* M. Porc'her; internes: MM. Baillet et Mallet. — 1re *et* 2e *sections hommes:* M. Bessière; interne: MM. Lamaire, Pasche, Talairach, Zaborowski. — *Service de l'admission:* M. Xavier Abély; internes: MM. Leroy et Suttel.

Service de chirurgie des hôpitaux psychiatriques.

Chirurgien en chef: Mme Brian (f. f.); assistant: M. Bernadou. *Ophtalmologiste:* M. Prieur. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Granet. — *Radiologiste:* M. Mariage; aide-radio: M. Marot.

Service de neuro-chirurgie.

Neuro-chirurgien en chef: M. Pierre Puech; assistants: MM. Buvat (chir.) et J. Perrin (f. f.) (méd.); internes: MM. Bernard, Morice, Naudascher, Stévenin. — *Ophtalmologiste:* M. Desvignes. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Leroux-Robert. — *Radiologiste:* M. Stuhl; aide-radio: M. Marot.

Service de Stomatologie: M. Pietkiewicz; assistant: M. Chapotel.

Pharmacien: M. Lévêque; internes: Mlles Bizos, Conrath, MM. Durand et Forest.

Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). Tél.: 0-55 à Juvisy et 111 à Epinay-sur-Orge. — Directeur: M. Guérineau; chef des services économiques: M. Gricourt. — *Médecin-chef:* M. Brissot. — *Ophtalmologiste:* M. Bégué. — *Colonie de Vaucluse:* M. Brissot. — *Stomatologiste:* M. Janets. — *Pharmacien:* M. Gautier.

Hôpital psychiatrique de Ville-Évrard, 2, avenue Jean-Jaurès, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). Tél.: 6 et 33 à Neuilly-sur-Marne. — Directeur: M. Lesueur. — *Médecins:* MM. Sivadon (division hommes), Chanès (division femmes), Dublineau (service spécial). — *Stomatologiste:* M. Janets. — *Ophtalmologiste:* M. Bégué. — *Pharmacien:* M. Truhaut.

Hôpital psychiatrique de Villejuif, 54, avenue de la République, Villejuif (Seine). Tél.: ITAlie 21-70. — Directeur: M. Lesne.

Division des hommes: 1re section, médecin-chef: M. Paul Abély; interne: Mlle Messin; 2e section, médecin-chef: M. Beaussart; interne M. Sizaret; 3e section, médecin-chef: M. Montassut; interne: Mlle Plattard. — *Division des femmes:* 1re section, médecin-chef: M. Gouriou; interne: M. Gauthier; 2e section, médecin-chef: M. Teulié; interne: M. Girard. — *Section Henri-Colin* (aliénés difficiles, hommes et femmes): médecin-chef: M. Brousseau; interne: Mlle Legenne. — *Stomatologiste:* M. Châron. — *Ophtalmologiste:* M. Delthil. — *Pharmacien:* M. Fleury; internes: M. Guitard, Mlle Jolly.

Hôpital de la Rocheguyon (Seine-et-Oise). Tél.: 18. — *Médecin:* M. Pierre Marc.

Hospice Allart-de-Fourment, à Cercamps (P.-d.-C.). — *Médecin:* M. Pruvost.

Hospice départemental des vieillards, Fondation Favier, 2, rue du Four, Bry-sur-Marne (Seine). Tél.: Tremblay 19-13. *Médecin:* M. J. Aubert.

Hospice National des Quinze-Vingts (et Clinique nationale ophtalmologique), 28, rue de Charenton, Paris. Tél.: DIDerot 56-10 (3 lignes groupées). — Directeur: M. Maurice Lévêque.

Hospice.

Médecin-chef: M. Amigues; *médecin adjoint:* M. Vernaz.

Clinique ophtalmologique.

Service de M. Marcel Kalt, *ophtalmologiste en chef;* assistant: M. Toufesco; assistants adjoints: MM. Oudot et Debrousse; aides de clinique: MM. Fakhfakh, Goéré et Archaix.

Service de M. Guillaumat, *ophtalmologiste en chef;* assistant: M. Man; assistants adjoints: MM. Preney et Le Naïl; aides de clinique: MM. Hong-Tuan, Bursaux, Vouters et Mlle Thévenot.

Service de M. Dubois, *ophtalmologiste adjoint;* assistant: M. Hallot-Boyer; assistants adjoints: M. Flon et Mlle Cornu; aides de clinique: MM. Roulin, Rozan et Aubry.

Service de M. N..., *ophtalmologiste adjoint:* M. Frileux (faisant fonctions); assistant: M. Marmier; assistants adjoints: M. Baron et Mlle Gaillard; aides de clinique: MM. Jacquet-Lagrèze, Chabert et Le Pavec.

Hospice Raspail, 13, rue Galliéni, Cachan (Seine). Tél. ALEsia 06-63. — *Médecin:* M. Boury.

Hospice Saint-Michel et Lenoir-Jousseran, 10, avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé; 35, avenue Courteline, Paris-12e. Tél. DIDerot 11-71. — Directeur: M. Guyot-Jeannin. — *Médecin:* M. Lafosse.

Infirmerie spéciale des Aliénés près la Préfecture de Police, 3, quai de l'Horloge, Paris. Tél.: ODEon 43-80. — *Médecin-chef:* M. Heuyer; médecin-chef adjoint: M. Brousseau; médecin adjoint: M. Michaux; médecin suppléant: M. Cénac; internes: Mme Sauguet, MM. Rouault de La Vigne et Le Moal.

Institut départemental des aveugles de la Seine, Ecole Braille, 7, rue Mongenot, à Saint-Mandé (Seine). Tél.: DAUmesnil 32-48. — Directeur: M. Moureau. — *Médecin:* M. Maufrais. — *Ophtalmologiste:* M. Morax. — *Stomatologiste:* M. Dioudonnat. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Grippon de La Motte.

Institut départemental de sourds-muets et de sourdes-muettes, 35, rue de Nanterre, à Asnières (Seine). Tél.: GREsillons 37-33. — Directeur: M. Vienne. — *Médecin:* M. Gaymard. — *Psychiatre:* M. Henri Wallon. — *Ophtalmologiste:* Mme Odic. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Sergent. — *Stomatologiste:* M. N...

Institut municipal et Laboratoires départementaux d'électro-radiologie. — Directeur: M. Chemin.

Institut municipal, 37, boulevard Saint-Marcel, Paris. Tél.: GOBelins 23-98. — *Médecin-chef:* M. Ordioni; adjoint: M. Buhler; assistants: MM. Misset, Chavany et Pecker. — Chef de laboratoire: M. Giraud.

Laboratoire départemental, 88, rue de la Jonquière, Paris. Tél.: MARcadet 19-36. — *Médecin-chef:* M. Le Goff; adjoints: MM. Archaimbault et Tison; assistant: M. Lefebvre.

Laboratoire départemental, 189, rue Vercingétorix, Paris. Tél.: VAUgirard 30-15. — *Médecin-chef:* M. N...; adjoint: M. Guéret.

Institution départementale Gabriel-Prévost, Cempuis (Oise). Tél.: 20, à Grandvilliers (Oise). — *Médecin:* M. de Saint-Fuscien.

Institution nationale des sourds-muets de Paris, 254, rue Saint-Jacques, Paris-5e. Tél. ODEon 06-58. — Directeur: M. Xeridat (F.). — *Médecin-chef:* M. Benoist. — *Ophtalmologiste:* M. d'Ayrenx. — *Chirurgien-dentiste:* M. Vanel. — *Interne:* M. Robert Bouillon.

Service annexe: Clinique oto-rhino-laryngologique. — *Chirurgien-chef:* M. Jouet. — 1er *chirurgien adjoint:* M. Thévenard. — 2e *chirurgien adjoint:* M. Vilenski. — *Chef de clinique:* M. Necoux.

Maison départementale de Nanterre et Asile Chevreul 403, av. de la République, à Nanterre (Seine). Tél. MALmaison 10-36 et 15-46. — Directeur: M. Marc Paoli.

Médecins: MM. Michaux, Bith, Bourgeois (Jean), Lefranc. *Chirurgien:* M. Raymond Bernard; chirurgien adjoint: M. Iselin; assistants: MM. Ficheux, Blanguernon.

Internes en médecine et en chirurgie: MM. Sénéchal (R.), Dieckmann-Bois, Garaix, Lechevalier, Loyeau, Brisedoux, Desmot, Bernadi, Mme G. Peret; *internes provisoires:* MM. Ortega, Henou, Chamouard; *internes suppléants:* MM. J. Marsault, R. Schwartz. — *Ophtalmologiste:* M. Descola. — *Oto-rhino-laryngologistes:* MM. Engel, Grain (René); assistant: M. Martin (André). — *Dermatologiste:* M. Bocage (André). — *Urologiste:* M. Bouchard. — *Radiologiste:* M. Huet; assistant: M. N... — *Stomatologiste:* M. Vigneron (Alfred). — *Pharmacien:* M. Gonnard; chef de laboratoire: M. Bory; internes: MM. Kieffer, Plocq, Rouzeau; interne provisoire: M. Patte.

Maison maternelle de Châtillon-sous-Bagneux (Seine). [Annexe de l'Hospice Saint-Vincent-de-Paul], 19, route Stratégique, à Châtillon-sous-Bagneux. Tél.: ALEsia 52-57. — *Médecin:* M. Charousset (Ass.).

Maison maternelle nationale (ex-Maison nationale de Santé), 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine): Tél.: ENTrepôt 27-39. — Directeur: M. Lechat; secrétaire: M. Michelou; économe: M. Lotz; receveur: M. Descouard.

Maladies mentales (*service hommes*). — Médecin-chef: M. Henri Baruk; ass.: Mlle Leuret; internes: MM. Lesueur et Lyautey. — (*Service femmes*). Médecin-chef: M. Daday; ass.: M. Labonnelée; internes: MM. Fassin et Rellay. — (*Service libre*). Médecin-chef: M. Baruk.

Maternité, Puériculture. — Médecin-chef: M. Briand; ass.: M. Cavaillès; internes: MM. Thévenin et Pottet.

Chirurgien en chef: M. Beaussenat; adjoint: M. Séjourné. *Ophtalmologiste:* M. Favory. — *Oto-rhino-laryngologiste:* M. Aubry; ass.: Mlle Oumikof. — *Stomatologiste:* M. Pillon. — *Cardiologiste:* M. Racine.

Maison de retraite Bigottini, 5, avenue Dumont, à Aulnay-sous-Bois (S.-et-O.). Tél. 0-17. — *Médecin:* M. J. Perlis.

Maison de retraite Cousin de Méricourt et Besson, 3, avenue Cousin-de-Méricourt, à Cachan (Seine). Tél. ALEsia 58-57. — *Médecin:* M. Renault; adj.: M. Barnier.

Maison de retraite Galignani et Fondation Belœil, 89, boulevard Bineau et 57, rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine. Tél.: MAIllot 61-48. — Directeur: M. Pernot; économe: Mlle Balland. — *Médecin:* M. Maréchal; assistant: M. Thuvien.

Maison de retraite de Vineuil-Saint-Firmin, 27, rue de la Duchesse-de-Chartres, à Vineuil-Saint-Firmin (Oise). Tél. 343 à Chantilly. — *Médecin:* M. Maurat.

Maison départementale de retraite de Sarcelles (S.-et-O.). 1, rue de Giraudon. Tél. : 25 à Sarcelles. — *Médecin :* M. E. Lnuvet. — *Chirurgien dentiste :* M. R. Oziol.

Maison de Saint-Lazare et Dispensaire Toussaint-Barthélémy. — MAISON DE SAINT-LAZARE, 9, cour de la Ferme-Saint-Lazare, Paris-10e. Tél. : PROvence 15-55. — Directeur : M. Doublier ; régisseur : M. Rambaud.

Médecins chefs de service :
M. P. Fernet ; interne : M. Deniziaut.
M. L. Pèrin ; interne : M. Blau.
M. R. Rabut ; interne : M. Leca.
M. Marceron ; interne : Mme Leroy.
Service d'Epidémiologie : M. Durel ; interne : M. Guillemin. — *Ophtalmologiste :* M. Dupuy-Dutemps. — *Stomatologiste :* Mme Nicolle-Munier. — *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Leroux. — *Chef de Laboratoire :* Mlle Gasne. — *Assistantes Sociales :* Mlles Guérault, Burckhardt de Bonduwe.

DISPENSAIRE TOUSSAINT-BARTHÉLEMY, 107, rue du Faubourg-Saint-Denis, Paris-10e.

Service de M. P. Fernet. — Assistants : MM. Collart, Fournier, Bastard.
Service de M. L. Pèrin. — Assistants : MM. Marceron, Leclercq, Chalet, Lafontaine.
Service du M. R. Rabut. — Assistants : MM. Demerliac, Belgodère, Lardat, Morin, Le Balc'h, Serrès.
Assistante Sociale : Mlle Claudel.

Maison spéciale de santé de Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.), 2, avenue Jean-Jaurès. Tél. : 6 et 33 à Neuilly-sur-Marne. — Directeur : M. Lesueur. — *Médecin-chef :* M. Rondepierre. — *Stomatologiste :* M. Janets. — *Ophtalmologiste :* M. Begué. — *Pharmacien :* M. Truhaut.

Maternité Boucicaut, Châlon-sur-Saône (S.-et-L.) [Fondation Boucicaut]. — *Médecin-accoucheur :* M. Georges Perrin.

Sanatorium Paul-Doumer, Labruyère, par Liancourt (Oise). Tél. : 35, à Liancourt. — Directeur : M. Leclerc. — *Médecin-chef :* M. Fourès ; assistants : MM. Durel, Pellier, Andrieu ; assistant : M. Fourou. — *Assistante de pharmacie :* Mme Pellier.

Sanatorium G.-Clemenceau, à Champcueil (Seine-et-Oise). Tél. : 299 à Corbeil. — Directeur : M. Muret. *Médecin-chef :* M. Brandy ; assistants : MM. Baussan (f. f.). Le Moniet, Fabre-Tatout, Vicat (f. f.). — *Chirurgien :* M. Olivier Monod.
Cons. d'oto-rhino-laryngologie (mal. hosp.) : M. Granet. — *Assistante de pharmacie :* Mlle O. Salmon.

Sanatorium Joffre, à Champrosay, par Draveil (S.-et-O.). Tél. : Juvisy 338. — Directeur : M. Lanfranchi. *Médecin-chef :* M. Nouvion ; assistants : MM. Blondeau, Chovelon, Guilbaud et Place-Verghne.
Cons. d'oto-rhino-laryngologie (mal. hosp.) : M. Granet. — *Assistant de pharmacie :* M. Lagarde.

Sanatorium Villemin, à Angicourt, par Liancourt (Oise). — Tél. : 40 à Liancourt. — Directeur : M. Gauthier. — *Médecin en chef :* M. Braillon ; assistants : MM. Ronce, Crouzatier, Mme Crouzatier, M. Desvignes. — *Assistant de pharmacie :* M. J. Rucar.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil National

Le Prof. PORTES, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins, a fait part, au cours d'une conférence à la presse spécialisée, des travaux du Conseil national. Les principaux points suivants ont été traités :

Centres de diagnostic. — La Commission chargée de cette étude a exposé sa conception, qui a été étudiée par le Prof. OBERLIN. Les centres de diagnostic seraient des instruments mis à la disposition des praticiens, mais ne nuiraient pas à leur activité. Leur réalisation et leur financement seront par la suite envisagés, en temps utile, par la section financière du Conseil et la section du rapport avec les collectivités. L'entente en sera poursuivie avec le ministère du Travail.

Législation hospitalière. — Une Commission composée notamment de praticiens de province a présenté ensuite des suggestions à soumettre au ministère de la Santé publique pour aplanir certaines difficultés pratiques soulevées par l'application de la loi Huard sur la législation hospitalière.

Réunion avec le Conseil national des sages-femmes. — On sait qu'il a été créé un Conseil de l'Ordre des sages-femmes calqué sur le Conseil de l'Ordre des médecins. Il est prévu que les Conseils nationaux de ces deux Ordres se réuniront tous les 6 mois. Cette première prise de contact, très cordiale, envisagea notamment la question de l'assurance-maternité, avec la recherche de la participation des sages-femmes dans le cadre de la loi.

Question fiscale. — Un rapport présenté par le docteur HOLLIER apporte une documentation détaillée et complète sur les différentes modalités fiscales dans les divers départements. Il montre que règne la plus grande fantaisie dans ce domaine. Une délégation demandera au ministère des Finances la recherche d'une unification fiscale. Le Prof. PORTES insiste notamment pour créer une Commission permanente qui étudierait au fur et à mesure les cas litigieux.

Règlement intérieur de l'Ordre. — Mise au point du règlement intérieur de l'Ordre des médecins, notamment des Conseils régionaux dont les statuts viennent d'être approuvés par le Conseil d'Etat.

Projet de retraite des médecins. — Le projet présenté par la Commission du Conseil de l'Ordre a été dans son ensemble approuvé par les ministères du Travail et de la Santé ; notamment la création de la Caisse autonome, la possibilité de traiter avec les organismes d'entr'aide, les assurances. Dès la deuxième lecture par le ministère de la Santé, qui ne saurait tarder, ce projet de création de la Caisse autonome sera soumis à la signature gouvernementale permettant alors sa réalisation sur le plan pratique.

Rapports avec les organismes de la Mutualité. — Des conversations sont en cours au ministère de la Santé entre une délégation du Conseil de l'Ordre des médecins et des délégués mutualistes. Elles se déroulent dans une atmosphère favorable de compréhension réciproque. Le Prof. PORTES insiste à nouveau sur l'espoir d'arriver à l'institution d'une Commission mixte de consultation permanente.

Classification des spécialistes. — Le Conseil supérieur national de l'Ordre des médecins s'est enfin préoccupé de la classification des spécialistes.

Sur le plan de l'avenir, il est entré en relation avec la Commission de réforme des études médicales.

Sur le plan des spécialistes actuels, il a décidé que l'homologation en serait faite par le Conseil national lui-même, après avis donné par le Conseil départemental. Cette homologation débutera dès que tous les dossiers auront été réunis.

Enfin le Conseil national a adopté deux rapports présentés par le Dr BERCHE : l'un sur *la délimitation de la question « soins et prévention » dans la médecine d'entreprise ;* l'autre sur *la médecine des mines* où, selon le cadre de la loi, doit être appliquée la législation habituelle des assurances sociales.

Comité de coordination
de la Région parisienne

EXTRAIT DE LA CIRCULAIRE N° 27 DU 6 MAI 1944.

Réunion du 30 Avril 1944. — Au cours d'une réunion de la Commission paritaire Union des Caisses-Ordre des Médecins, tenue le 27 Avril 1944, les représentants des Caisses se sont plaints qu'un certain nombre de médecins, chirurgiens et spécialistes, oublieux des dispositions de l'article 4 de la Convention (voir plus loin), demandent aux assurés sociaux des honoraires largement supérieurs aux honoraires minima fixés par l'Ordre. Ils ont demandé que les Conseils de l'Ordre, selon les engagements pris, interviennent auprès de ces médecins et au besoin sanctionnent les infractions à ces stipulations. Après un long débat, le Comité de Coordination, animé par un désir d'entente, a décidé de donner satisfaction dans leur ensemble aux demandes des Caisses.

A la suite de ce débat, les rapports des Conseils de l'Ordre avec les Sociétés de Secours mutuels de la région parisienne ont été évoqués. Le vœu a été émis que les tractations avec ses Sociétés s'inspirent des mêmes principes que ceux adoptés pour les Caisses d'Assurances sociales.

Le Comité de Coordination s'est ensuite préoccupé de l'application de la loi du 21 Décembre 1941 sur la réforme hospitalière dans la région parisienne et notamment de la fixation des honoraires pour les malades payants des 3e, 2e et 1re catégories. Une Commission consultative tripartite chargée d'examiner ces questions a été créée. Les Conseils des Collèges départementaux de l'Ordre ont été priés de nommer au plus tôt leurs représentants à cette Commission qui doit se réunir très prochainement.

La fin de la séance a été consacrée à la coordination désirable des services des diverses administrations en matière de consultations prénatales et aux résultats de l'enquête du Comité de Coordination sur le fonctionnement parfois défectueux de la médecine du travail dans la région parisienne.

Au sujet des honoraires médicaux. — Voici le texte de l'article 4, paragraphe 2 de la Convention Union des Caisses d'A. S. de la région parisienne-Ordre des médecins :

« Sauf exceptions prévues par la loi, la fixation du chiffre des honoraires est soumise au régime de l'entente directe. Toutefois, le Conseil de l'Ordre veille à ce qu'en règle générale il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima qu'il aura fixés lui-même.

Si les médecins dépassent ces honoraires minima et si ce dépassement ne paraît pas justifié, les Caisses et les Assurés sociaux eux-mêmes pourront avoir recours au Conseil de l'Ordre chargé d'apprécier — compte tenu des articles 18 et 21 du Code de Déontologie relatifs aux honoraires — si les titres, la notoriété du médecin, la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu ou quelque circonstance particulière justifie les honoraires demandés.

L'Union des Caisses s'engage à ne créer, par elle-même ni par personne interposée, aucune organisation de soins à domicile par des médecins, à ne signer, au sujet de ces soins à domicile, aucun accord individuel avec des médecins. »

Voici d'autre part les articles du Code de Déontologie auxquels se réfère l'article 4 de la Convention qu'on vient de lire :

« *Art.* 18. — Il convient de traiter les questions d'honoraires avec tact et mesure ; il ne faut pas qu'un médecin puisse être accusé de cupidité.

« *Art.* 21. — Il est interdit au médecin de pratiquer directement ou par voie détournée l'abaissement habituel de ses honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre.

« Tout en restant dans la limite des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin doit proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade. En cas de contestation, le Conseil départemental de l'Ordre pourra être appelé à demander des justifications au médecin et, après enquête, statuera en tenant compte de la situation de fortune du malade, des titres et de la notoriété du médecin, ainsi que de l'importance du service rendu. Sa décision devra être acceptée, sauf recours devant le Conseil supérieur. »

Voir enfin le tableau déjà publié, 1944, n° 5, 79, des honoraires minima dans les départements de la région parisienne.

Recommandations aux médecins du travail. — D'une manière générale, la médecine du travail, dans la région parisienne, s'exerce dans des conditions normales et selon les directives données par le ministère du Travail. Elle rend certainement déjà de grands services.

Toutefois un certain nombre d'observations ont pu être faites :

Ainsi dans certaines usines le point de vue prophylactique est quelque peu négligé, alors que toute l'attention est donnée aux soins. Dans d'autres entreprises, les ouvriers et les employés reconnus atteints d'une affection quelconque, au lieu d'être envoyés à leur médecin traitant habituel, sont aiguillés soit vers des Centres médico-sociaux dans un but de diagnostic (radiographies, par exemple), soit dans un but thérapeutique vers des dispensaires de soins rattachés à l'entreprise. Il existe même des Centres médico-sociaux interentreprises récemment créés sous le régime de la loi du 28 Juillet 1942, qui ne se contentent plus de faire de la prophylaxie et commencent à donner des soins.

Enfin il est apparu que, dans certaines entreprises, la direction non seulement charge le médecin du travail du contrôle de l'absentéisme, ce qui est normal, mais exige de lui qu'il accorde ou refuse les arrêts de travail prescrits par les médecins traitants, ce qui est antidéontologique et contraire aux règlements.

Les médecins du travail doivent en particulier s'opposer aux pressions faites sur eux par certaines directions d'entreprises pour enfreindre les prescriptions ministérielles et signaler au besoin aux Conseils de l'Ordre les infractions qu'ils ont pu constater.

A propos des consultations prénatales. — Dans notre dernière circulaire nous indiquions aux médecins examinant des femmes enceintes qu'ils pouvaient pour les divers examens, adresser les futures mères, même de situation modeste, à l'Institut Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, à Paris.

Signalons que le Laboratoire régional et départemental de l'hôpital de Versailles peut faire les mêmes examens et dans les mêmes conditions de gratuité. Ces analyses sont faites par M. Debins.

A la Caisse de prévoyance de la S. N. C. F. qui groupe plus de 600.000 affiliés représentant plus de 1 million d'ayant droits, le montant des dépenses prises en charge par la Caisse depuis 1938 (création), a été le suivant : 1938, 21 millions ; 1939, 29 millions ; 1940, 40 millions ; 1941, 152 millions ; 1942, 245 millions.

Le résultat de 1943 s'équilibrera aux environs de 340 millions et le budget de 1944 s'élèvera, compte tenu de l'affiliation des retraités, à plus de 600 millions.

La cotisation est actuellement de près 1,50 pour 100 des salaires. Les prestations de l'assurance-maladie sont généralement identiques à celles qui sont servies par les Caisses d'Assurances sociales. Toutefois, elles sont accordées pendant toute la durée de la maladie et non limitées à une période de 6 mois de soins.

Relèvement du plafond des Assurances sociales à 48.000 *fr.* — A compter du 1er Janvier 1944 en ce qui concerne les travailleurs immatriculés avant le 31 Décembre 1943 et à partir du 1er Avril 1944 pour les autres bénéficiaires.

Le tarif de responsabilité des Caisses pour les analyses et examens de laboratoire est toujours le tarif interministériel du 20 Mai 1941.

Pour le secrétaire général,
Le secrétaire administratif : P. COQUIN.

Collège départemental de la Seine

Paris, le 20 Mai 1944.

Devant l'éventualité des événements annoncés, le Conseil du Collège départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins, soucieux de garder intact le prestige du Corps médical, se fait l'interprète de celui-ci pour décider qu'*aucun médecin ne devra quitter son poste sans une autorisation émanant du Conseil.*

Cette décision entre en vigueur dès ce jour.

LE CONSEIL DU COLLÈGE DE L'ORDRE.

Médecins consultants des organismes d'Assurances Sociales

En vue de l'application des dispositions de l'arrêté du 16 Novembre 1942, article 6 (*J. O.* du 5 Décembre 1942), les membres du Corps médical qui désireraient prêter leur concours aux organismes d'Assurances sociales, à titre de « médecins consultants », doivent s'adresser, avant le 15 Juin, au Dr Pruvost, médecin-conseil régional, 9, rue Boudreau, Paris-9e, tél. Opéra 29-40, qui leur donnera tous renseignements à ce sujet et leur remettra, le cas échéant, une fiche de candidature.

Il s'agit ici de médecins, spécialistes pour la plupart, honorés à la vacation ou au dossier, et appelé à ne donner que des avis d'ordre purement technique.

Cet avis ne s'adresse pas aux médecins qui, exerçant déjà actuellement ces fonctions auprès de diverses Caisses d'Assurances sociales, ont rempli une fiche de candidature.

ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE
aux études médicales

Art. 1er. — Les articles 5, 6 et 7 du décret du 16 Mars 1943 instituant cet enseignement [1] sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art.* 5. — L'examen porte sur les matières enseignées conformément aux programmes qui sont déterminés par arrêté ministériel.

« Il comprend :

« 1° Une épreuve écrite de biologie d'une durée de deux heures, dont l'une consacrée à un sujet de biologie générale et l'autre à un sujet de biologie humaine ;

« 2° Une épreuve écrite de physique d'une durée d'une heure ;

« 3° Une épreuve écrite de chimie d'une durée d'une heure ;

« 4° Une épreuve pratique de biologie générale, une épreuve pratique de chimie et une épreuve pratique de physique dont le sujet sera tiré au sort par chaque candidat parmi l'ensemble des manipulations effectuées au cours de l'année ;

« 5° Une épreuve orale de biologie générale.

« Les épreuves écrites, qui seront anonymes, auront lieu simultanément devant toutes les facultés ou écoles au jour fixé par le ministre, qui en arrête les sujets.

« La valeur de chacune des compositions écrites sera exprimée par une note variant de 0 à 20, avec les coefficients suivants :

« 1° Biologie générale, 4 ; 2° Biologie humaine, 3 ; 3° Chimie, 1 ; 4° Physique, 1.

« La valeur des épreuves pratiques sera également exprimée par une note variant de 0 à 20, aves les coefficients suivants :

« Biologie générale, 2 ; Chimie, 1 ; Physique, 1.

« L'épreuve orale de biologie générale sera notée de 0 à 20 avec le coefficient 4.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1943, 174.

« En outre, d'après les notes obtenues en cours d'année aux interrogations, aux travaux pratiques et pour la tenue des cahiers, il est attribué pour chacune des disciplines que comprend l'enseignement et pour chaque catégorie d'épreuves une note variant de 0 à 20 avec les coefficients suivants :

1° Interrogations : Biologie générale, 2 ; Biologie humaine, 1 ; Chimie, 1 ; Physique, 1.

2° Travaux pratiques : Biologie générale, 2 ; Chimie, 1 ; Physique, 1.

3° Cahiers : Biologie générale, 1 ; Biologie humaine, 1 ; Chimie, 1 ; Physique, 1.

« Les interrogations orales en cours d'année seront faites par chaque examinateur sur des questions tirées au sort.

« *Art.* 6. — Le jury est composé de 3 professeurs agrégés ou suppléants de faculté ou école de médecine et de 2 professeurs ou maîtres de conférences de faculté des sciences. Le président du jury doit être professeur d'une faculté de médecine.

« Quand le nombre des candidats à examiner l'exigera, le jury pourra comprendre des membres supplémentaires par décision du recteur prise sur la proposition du doyen ou du directeur.

« Le total des points obtenus par chaque candidat est arrêté et l'admission ou l'ajournement sont prononcés après délibération du jury au complet.

« *Art.* 7. — Avant l'ouverture du registre des inscriptions au début de l'année scolaire, le recteur arrête, sur la proposition du doyen de la faculté de médecine ou du directeur de l'école, en suivant le classement résultant du total des points comptant pour l'admission à l'examen de l'année préparatoire aux études médicales, la liste des étudiants admis, par application de la loi du 19 Octobre 1942, à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.

« Les candidats qui ne viendraient pas en rang utile pour être admis sur la liste en question pourront néanmoins, à la condition d'avoir obtenu la moitié du maximum des points, se faire délivrer le certificat d'études de l'année préparatoire aux études médicales. »

(*J. O.*, 4 Mai 1944.)

NOUVELLES DISPOSITIONS CONCERNANT les régimes médicaux

I. ECHANGE DE TICKETS DE POMMES DE TERRE CONTRE DES TICKETS DE PATES. — Au titre du mois de Juin 1944, les bénéficiaires du *régime II* recevront 750 g. de pâtes au lieu de 6 kg. de pommes de terre.

Ceux du *régime IV*, 250 g. de pâtes au lieu de 10 kg. de pommes de terre.

Les titulaires du *régime III* recevront, comme précédemment, 8 tickets de 1 kg. de pommes de terre.

Les tickets de pommes de terre de régime du 2e trimestre pouvaient être échangés jusqu'au 31 Mai contre des tickets de pâtes sur la base de 1 ticket de 250 g. de pâtes pour 2 tickets de 1 kg. de pommes de terre.

II. LIMITATION A 1 MOIS DE LA VALIDITÉ DES CERTIFICATS MÉDICAUX ÉTABLIS POUR LA DÉLIVRANCE DU RÉGIME DE SURALIMENTATION. — En conséquence, depuis le 1er Juin, la suralimentation ne peut être obtenue que contre remise d'un nouveau certificat médical qui devra être établi mensuellement et qui ne devra jamais avoir plus de quinze jours de date.

Depuis le 1er Juin les rations de viande et de matières grasses sont abaissées à :

a) *Régime de suralimentation* : 30 g. de viande et 10 g. de matières grasses par jour.

En compensation, les intéressés recevront un ticket de 125 g. de sucre par période de 10 jours révolus ou multiple de 10 jours révolus.

b) *Régime IV* : 30g. de viande et 10 g. de matières grasses par jour.

Ces consommateurs percevant déjà, au titre de leur régime IV, une ration supplémentaire de sucre de 500 g., il ne leur est pas fait d'attribution compensatrice.

IV. LIMITATION DE LA CONSOMMATION DE VIANDE DE BOUCHERIE. — En raison des nécessités, les nouvelles rations de viande des bénéficiaires de *suralimentation* et du *régime IV* seront obligatoirement servies à raison de 50 pour 100 de viande de boucherie et 50 pour 100 de charcuteries-salaisons.

Les attestations d'inscriptions délivrées à ces malades devront comporter 2 vignettes distinctes, l'une pour 450 g. de viande de boucherie, l'autre pour 450 g. de charcuterie-salaisons.

V. RÉGIMES III ET III *bis* « RESTRICTION HYDRO-CARBONÉE ». — Les bénéficiaires de ces régimes conserveront leurs tickets de matières grasses et leur feuille de viande.

D'autre part ils recevront les suppléments mensuels suivants délivrés au moyen de tickets spéciaux de viande et de matières grasses :

Malades des catégories E, J1 J2, J3. — *Régime n° III* : 5.130 g. de viande ; 1.500 g. de matières grasses. — *Régime III bis* : 720 g. de viande ; 1.500 g. de matières grasses.

Malades des catégories A, T, C, V. — *Régime III* : 4.500 g. de viande ; 1.100 g. de matières grasses. — Régime III *bis* : 720 g. de viande ; 1.400 g. de matières grasses.

Ces malades, qui n'ont pu jusqu'à maintenant être inscrits, recevront des mairies des attestations (1/2 boucherie, 1/2 charcuterie-salaisons).

Comité permanent de la médecine du travail

Le Comité permanent créé par arrêté du 6 Octobre 1942 et chargé, ainsi qu'il est prévu à l'article 4 de la loi du 31 Octobre 1941, d'élaborer la doctrine de la médecine du travail et de fixer les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail est réorganisé et complété dans les conditions fixées aux articles ci-après.

Le Comité permanent de la médecine du travail comprend 26 membres :

Parmi les 12 membres choisis à raison de leurs fonctions nous avons noté : MM. BIZE, GIRY, SUREAU et le Prof. CODVELLE.

Parmi les 7 membres choisis par le ministre secrétaire d'Etat au Travail : MM. BOUR, GODARD, MARTINY et le Prof. PARISOT (Nancy).

Enfin les 7 membres proposés par le secrétaire d'Etat à la Santé sont : M. BALLAN, les Prof. DUVOIR (Paris), LECLERC (Lille), MAZEL (Lyon) et VIDAL.

M. le Prof. DUVOIR est nommé *vice-président* du Comité permanent, le *président* étant le secrétaire d'Etat au Travail.

(*J. O.*, 13 Mai 1944.)

Production des sérums PROVENANT D'ANIMAUX VIVANTS

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté du 4 Février 1937 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« L'établissement doit être placé sous la direction et le contrôle d'un vétérinaire qualifié.

« Les animaux doivent être sains, éprouvés selon leur espèce à la malléine ou à la tuberculine. Les équidés devront, en outre, être éprouvés également à la tuberculine.

« On doit éliminer les sujets atteints de brucellose. Les animaux sont observés et isolés pendant 7 jours au moins avant d'être logés avec les autres animaux producteurs de sérums. Ils doivent être immunisés contre le tétanos de façon que leur sérum contienne de l'antitoxine tétanique pendant tout le temps de leur utilisation.

« Les écuries doivent être installées à une distance suffisante des laboratoires. »

(*J. O.*, 11 Mai 1944.)

Commission permanente du Codex

Par rectificatif publié au *Journal officiel* du 10 Mai 1944, MM. le Prof. GOUGEROT (Paris), le Dr TURPIN (Paris) et le Dr VINZENT (Le Havre) sont nommés pour 3 ans parmi les *membres correspondants* de la Commission permanente du Codex.

Conseillers techniques médicaux

Les dispositions des arrêtés du 26 Décembre 1943 et du 8 Mars 1944, portant création et nomination de conseillers techniques médicaux et institution d'un Comité central des conseillers techniques médicaux, sont abrogées.

M. BIZE est chargé, à titre temporaire, des fonctions de conseiller technique de l'administration centrale prévues à l'article 3 de la loi du 31 Octobre 1941 sur la protection médicale du travail.

Bourses de vacances

Les Laboratoires du Dr F. DEBAT rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 fr. à la création de « bourses de vacances » de 1.000 ou 500 fr. destinées à de jeunes étudiants en médecine, de santé délicate, et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées, avant le 15 Juin, 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

Université de Paris

Indications opératoires et techniques chirurgicales en gynécologie. — M. le Prof. Pierre MOCQUOT, assisté de MM. Cordier, agrégé, R. Palmer et Troyer-Rozat, fera un cours sur ce sujet plus spécialement destiné aux internes des hôpitaux de Paris, du 19 au 30 Juin. Inscription gratuite. — Les leçons auront lieu l'après-midi de 17 h. à 18 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca.

S'inscrire (300 fr.) au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Un cours en vue du concours pour le titre de médecin phtisiologue des Services publics sera fait du 16 Octobre au 23 Novembre 1944 à la Clinique de la Tuberculose, hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres (Prof. : M. Jean Troisier).

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Le matin, stages cliniques avec démonstrations pratiques organisés dans le service. Les leçons auront lieu l'après-midi de 16 h. à 17 h. et de 17 h. à 18 h. à la salle des conférences de la Clinique.

Inscription : 600 fr. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, bd Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 30 Septembre 1944. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

— Ce cours sera suivi, du 27 Novembre au 9 Décembre 1944, d'un cours théorique et pratique sur *les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose*. Droits d'inscription : 600 fr. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h. Le nombre des inscriptions sera limité.

Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 1.000 fr.

Universités de Province

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. DERVILLÉE, agrégé, est nommé, à compter du 1er Avril 1944, à titre provisoire, professeur de médecine légale, en remplacement de M. Lande, retraité.

Faculté de médecine de Lyon. — M. CHAMBON, professeur sans chaire, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Mars 1944, professeur de chimie organique et de toxicologie, en remplacement de M. Morel, retraité.

Faculté de médecine de Marseille. — M. GRISOLI, chargé des fonctions de chef de travaux d'anatomie, est provisoirement chargé des fonctions d'agrégé d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. COLL DE CARRERA, agrégé, chef de travaux, est chargé de l'enseignement des manœuvres obstétricales.

Hôpitaux et Hospices

Hospices civils de Nancy. — AFFECTATION DES ASSISTANTS. — A. *Homologués* : Chirurgie, MM. Coulet (O.-R.-L.), Corret (Chir. inf.), André (Urol.). — Electroradiologie, M. Malraison (Rad. Hôp. Central).

B. *Reclassés* : Médecine, MM. Rémy (St-Stanislas, Médec. inf. [Orphelinat]), Haushalter (St-Stanislas, Méd. inf. [Pouponnière]), Grandpierre (Serv. compl. méd. [M. Mathieu]). — Chirurgie, MM. Bertrand (Chir. gén., service Barthélemy), Beau (Neuro-chir.). — Obstétrique, MM. Louyot et Richon (Maternité). — O.-R.-L., M. Grimaud (Centre anti-canc.). — Biologie, MM. Colson (Lab. urol.), Harmand (Labor. central). — Electroradiologie, MM. Chatelain (Hôp. Cent.), Roy et Jacob (Centre anticanc.).

C. *Nommés récemment* : Médecine, MM. Pierquin (Cons. méd. gén.), Heully (Méd. gén., service Prof. Abel), Herbeuval (Méd. gén., serv. Prof. Drouet), Briquel (Clin. mal. tubercul., Prof. Simonin). — Chirurgie, MM. Bergeron (Clin. chirurg., Prof. Hamant), Godot (Cons. chir. gén.).

Inspection de la Santé

— L'arrêté du 31 Janvier 1944 nommant M. Philippe MUNIER médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé d'Eure-et-Loir a été rapporté.

— M. POIROT, médecin inspecteur de la Santé de la Vienne, a été détaché pour occuper le poste de médecin chef des dispensaires antituberculeux.

— M. Henri JACQUEMIN a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Lozère*.

Mme le docteur DUROUCHARD a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de l'*Yonne*.

— M. BROUSSSE, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Corrèze, a été détaché et mis à la disposition du préfet de la *Corrèze* pour être affecté au poste de médecin des dispensaires antituberculeux de ce département pour cinq ans, à compter du 1er Novembre 1943.

— M. René COMBES a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Haute-Garonne*.

— La démission de M. MARTON, médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la Lozère, a été acceptée à compter du 20 Mars 1944.

— Mme Alice BIDEGARAY a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Seine*.

SANATORIUMS PUBLICS

— Mme le docteur SCHOULLER est réintégrée dans le cadre des médecins de sanatoriums publics et nommée médecin adjoint au *sanatorium d'Helfaut* (*Pas-de-Calais*).

Concours et places vacantes

Chirurgiens des hôpitaux de Paris (1 PLACE). — *Ont été déclarés admissibles* : MM. Roux (90), Lortat-Jacob (90), Dufour (88), Huguier (87).

Une épreuve supplémentaire a été instituée pour départager les 2 premiers candidats à la suite de laquelle M. ROUX a été nommé chirurgien des hôpitaux.

Médecins des hôpitaux de Paris (CONCOURS 1944). — Ont été reçus à l'ÉPREUVE DE TITRES : MM. Laplane, De Graciansky, Sallet, Brocard, Bolgert, Debray, Thieffry, Duperrat, Varay, Cachin, Bouvrain, Gaultier, Conte, Rossier, Grossiord, Morin, Dugas, Demart, Siguier.

— CONCOURS POUR 3 PLACES. — Ordre de *tirage au sort du Jury* : MM. Moussoir, Moreau, Lamy, Mollaret, Chiray, Bariéty, Marchal, Nicaud, Faroy, Lemierre, Jacob, Robert Clément.

Electro-radiologistes des hôpitaux de Paris 1er CONCOURS 1944 (2 PLACES). — Ordre du *tirage au sort du jury* : MM. Humbert, Detré, Lomon, Guilbert, Joly, Delherm, Jacques Busy. — Médecin : M. Garcin. — Chirurgien : M. A. Sicard.

Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (8 PLACES). — *Ont été nommés* : MM. BOURDON, MION, HUANT, PERROY, GRAIN, PULSFORD, ANGAMARRE, Mlle MOTTEZ.

Prosectorat 1944. — Ont été nommés : MM. LE BRIGAND, ADAM, Küss, GERMAIN.

Adjuvat 1944. — A la suite du récent concours, ont été nommés : MM. GOUGEROT, JOUVE, OUDOT, VAYSSE, LOYGUE, BOREAU, TORRE, RAMADIER.

Médecin phtisiologue des services publics. — Un concours pour 20 places, dont 8 pour les sanatoriums publics, sera ouvert le 18 Juillet 1944. (Inscrptions closes le 18 Juin 1944.)

Inscriptions au ministère de la Santé et de la Famille (direction du personnel, du budget et de la comptabilité, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone Nord, et hôtel Radio, à Vichy, pour la zone Sud.

Médecins-chefs des dispensaires de vénéréologie. — Un concours sur titres sera ouvert le lundi 10 Juillet 1944 pour la nomination aux postes de médecins-chefs des dispensaires de vénéréologie de Beaumont-sur-Oise, Corbeil, Ermont, Mantes et Rambouillet.

Les médecins-chefs des dispensaires reçoivent les vacations suivantes : 225 fr. à Ermont ; 250 fr. à Beaumont-sur-Oise, Corbeil, Mantes, Rambouillet. Frais de déplacement remboursés.

Inscription à la Direction régionale à Paris, 1, avenue Victoria, avant le 25 Juin 1944.

O.-R.-L. adjoint des hospices de Dijon. — Un concours sur titres et sur épreuves pour un poste d'O.-R.-L. adjoint de l'hôpital général de Dijon aura lieu aux Hospices de Lyon dans le courant des mois d'Octobre ou Novembre prochain.

Adresser les dossiers au directeur régional de la Santé, 3, place Ernest-Renan, à Dijon.

L'Office départemental d'hygiène sociale de la Haute-Marne offre actuellement 3 places vacantes d'assistantes sociales diplômées d'Etat (soit d'assistanre sociale, soir d'infirmière hospitalière). S'adresser à l'Inspection de la Santé, 17, rue Toupot à Chaumont.

Nouvelles diverses

La douzième séance scientifique annuelle de la Société médicale d'Aix-les-Bains organisée avec la participation de la Ligue française contre le Rhumatisme et de la Société savoyarde des Sciences médicales, aura lieu le dimanche 11 Juin aux Nouveaux Thermes nationaux d'Aix-les-Bains (Savoie, zone non interdite).

Elle sera exclusivement réservée à des communications sur les affections rhumatismales chroniques et les séquelles traumatiques justiciables des eaux d'Aix-les-Bains. Inscriptions closes le 5 Juin.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur F. Françon, 9, rue Lamartine, Aix-les-Bains.

Les Journées dentaires de Paris auront lieu à l'Ecole odontotechnique, 5, rue Garancière, Paris, du 23 au 26 Novembre 1944.

S'inscrire auprès des secrétaires généraux, MM. Yv. Neven, 39, rue de l'Arbalète, Paris, et R. Dupont, 29, bd Malesherbes, Paris.

Nos Échos

Naissances.

— Christiane et Jean-Paul ARNOUS ont la joie de faite part de la naissance de leur petite sœur *Noëlle*. (De la part du docteur Jean ARNOUS et de Madame, née Boidin, 162, bd Malesherbes, Paris.)

— Le docteur Henri DEBIDOUR, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marianne-Lorraine*. (Le 20 Avril 1944.)

— Le docteur et Madame JEAN AYE ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Christine*. (Paris-17e, 5, avenue de Villiers, le 12 Avril 1944.)

— Colette, Gérard, Claude, Françoise LACAZE-MASMONTEIL sont tout joyeux de faire parr de la naissance de leur petit frère *Pierre*. (Ribagnac, Hte-Vienne.)

— Le docteur PIERRE FERRANO et Madame, née Desplas, ont la joie de faire part de la naissance de leur second enfant, *Sabine*. (Guéret, le 10 Mai 1944.)

— Patrick et sa sœur George ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Dominique*. (De la parr du docteur et de Madame PIERRE DEROCHE, 42, route des Petits-Ponts, Drancy [Seine].)

— Geneviève, Monique, Philippe et Jacques RAULT sont heureux de faire part de la naissance de leur petite sœur *Nicole*. (Sainr-Amand, le 9 Mai 1944.)

— Le docteur JACQUES BOREAU et Madame née MONGHAL, internes des hôpitaux, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Anne*. (Paris, 26 Mars 1944.)

— Le docteur JEAN BRAILLON, médecin-chef du sanatorium d'Angicourt, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Marc*. (4 Mai 1944.)

Fiançailles.

— Le docteur R. BENOU, ex-médecin-chef des Asiles de Nantes, et Madame; Madame et M. F. Robert ont l'honneur de faire part des fiançailles de Mademoiselle Genevièvre Benou, externe des hôpitaux de Paris, et de M. Henry G. Robert, interne des hôpitaux de Paris.

Décès.

— On annonce le décès, à Saint-Quay-Portrieux, le 12 Avril 1944, du docteur VALÉRY DELAMARRE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès à La Roche-sur-Yon du docteur RAMBAUD, des Clouzeaux [Vendée].

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

LUNDI 3 AVRIL. — M. Moret : *La castration du coq.* — M. Lancery : *Contribution à l'étude de la transfusion et de l'immuno-transfusion sanguine chez le cheval.* — M. Daccak : *De la production et de la consommation des viandes en Syrie.*

VENDREDI 14 AVRIL. — M. Honault : *La mammite streptococcique de la vache. Sa prophylaxie.*

MERCREDI 3 MAI. — M. Blanchet : *L'exploration rectale chez les bovidés.*

MERCREDI 10 MAI. — M. Velu : *Le PH de la peau et des plaies. Déductions cliniques.* — M. Quentin : *L'hexaméthylletétramine dans la myoglobinurie et les coliques du cheval.* M. Habart : *Un procédé d'hystérectomie chez la truie.* — M. Decamp : *De la tuberculose osseuse en inspection des viandes.*

JEUDI 27 AVRIL. — M. Georges : *Les orchi-vaginalites du cheval.* — M. Marchand : *L'assainissement des viandes tuberculeuses et leur utilisation.* — M. Lemay : *Du rôle du bacille tuberculeux de type humain dans la tuberculose spontanée des animaux et des oiseaux domestiques.*

Marseille

OCTOBRE-DÉCEMBRE 1943. — M. M. Aku : *Les formes médicales de l'hépatite amibienne.* — M. D. Bodet : *La spondylose rhizomélique. Etude clinique et thérapeutique. A propos de 2 observations personnelles de spondylose rhizomélique traitée par la parathyroïdectomie.* — M. P. Brunel : *Contribution à l'étude de certaines formes d'asthénopies au cours de l'avitaminose A inapparente.* — M. A. Capel : *Contribution à l'étude des aménorrhées.* — Mlle S. Clément : *Contribution à l'étude des méningites à bacille de Pfeiffer dans la 1re et 2e enfance.* — M. M. Delerue : *Le traitement de la douleur dans l'arthrite chronique non tuberculeuse de la hanche par l'opération de Graber-Duvernay.* — Mlle C. de Fautereau-Vassel : *A propos de 4 gastrectomies pour perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre.* — M. A. German : *Contribution à l'étude des hémorragies intermenstruelles. (Les règles de quinzaine d'après 12 observations).* — M. E. Landry : *Contribution à l'étude de la coqueluche du nourrisson.* — M. P. Michel : *Ulcère de la petite courbure et duodénum.* — M. P. Millet : *Contribution à l'étude des poussées inflammatoires des « appendices restants ».* — M. A. Mireur : *Le problème des hernies en accident du travail et le rôle de l'amaigrissement dans leur production.* — M. P. Montagnier : *Aux limites de l'art de guérir.* — Mlle Josette Passeron : *Le signe de Chwosteck en milieu scolaire.* — M. G. Perret : *La neurogliomatose à localisations cérébrales et médullaires simultanées.* — M. M. Salvadori : *Contribution à l'étude des rapports entre les états dihistaminiques et les polynucléaires éosinophiles.* — M. A. Sebahoun : *La maladie kystique du poumon chez l'enfant.* — M. A. Seignon : *Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion intestinale.*

Nancy

THÈSES SOUTENUES.

1er TRIMESTRE 1944. — M. J. Dufour : *Les pneumoconioses des mineurs de fer.* — M. P. Chatelain : *Considération sur les « Pupillomètres » (un nouvel appareil clinique).* — M. R. Gaillard : *Considérations sur le traitement physiothérapique des affections aiguës ou chroniques de l'anneau de Valdeyer (Rœntgenthérapie à doses anti-inflammatoires).* — M. G. Roy : *Contribution à l'étude des anomalies de la crosse de l'aorte.* — M. M. Gosserez : *Le problème de l'innervation motrice du voile du palais (ses données actuelles).* — M. P. Briquel : *Le rhumatisme dysentérique (étude clinique d'une épidémie, Strasbourg 1940).* — Mme Madeleine Boquet, née Marnange : *La tuberculose synoviale du genou chez l'adulte jeune. (La place des lésions synoviales dans l'évolution et le diagnostic.)* — M. R. Daeschler : *Les états méningés typhiques. (Leur rapport avec l'encéphalite.)*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est insérée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

École française de Stomatologie, 20, passage Dauphine, Paris-6e (Danton 46-90). — La rentrée se fera le 2 Octobre 1944.

A céder, cause décès, cabinet médec. install., outill., droit au bail. Bonne clientèle. Possibilité sit. avenir pour jeune médecin actif. Oloron (B.-P.). Ecr. *P. M.*, n° 687.

Chirurgien achète compt. poste chirurgical. Ecr. *P. M.*, 691.

Médecin rapatrié ferait remplacement longue durée ou en vue succession ou assistance. Ecr. *P. M.*, n° 695.

Médecin électro-radiologiste, longue prat., recherche poste spécialiste, gde administration ou compagnie. Ecr. *P. M.*, 699.

Infirmière 31 a., dipl. A. P. Etat. 7 a. prat. (dont 3 serv. dent.), ch. empl. soit ch. médec., chir. dent. Ecr. *P. M.*, 700.

Cherche infirmier psychique, bon. présent., énergique, bon vivant, pour malade environs Paris. Ecr. *P. M.*, n° 707.

A céder émanateur et compresse radium. Mme Frérot, 45, rue Félix-Faure, Enghien.

A vendre 2 fauteuils, 1 chaise de bureau, modernes, vert, tr. bon état, conv. à Dr. Tél., de 2 à 4, Dau. 07-22.

J. femme 36 a., exc. réf., cherche secrét. méd. après-midi près professeur. Ecr. *P. M.*, n° 714.

Cherchons direction mais. d'enf., lgue expér. enseignement, infirmière scol., économat, libre de suite, valable toutes rég. Renaud, Ecole Jeanne-d'Arc, Labastide-d'Armagnac (Landes).

Dsse médecine, non recens., anc. ext. hôp. Paris, au cour. trav. laboratoire, ch. situation. Ecr. *P. M.*, n° 726.

Suis acheteur paravent plombé pr radio, tablier plomb., chauffe-eau électr. 110 v. ou 220 v. altern., petite vitrine, ophtalmomètre. Ecr. *P. M.*, n° 728.

A vendre : vélomoteur et appareil ondes courtes. S'adress. 66, Grande-Rue, Chennevières.

Chirurgien cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 730.

Dsse sinistrée, tr. active, anc. ext. hôp. Paris, ch. poste à la campagne, Bretagne de préfér. Accepterait un remplacement av. promesse de vente. Ecr. *P. M.*, n° 732.

A vendre, à Evian, maison convenant à clinique ou maternité, 23 pièces, dont 19 chambres, eau courante, gaz, électricité. Ecr. *P. M.*, n° 735.

Grand laboratoire, service physiologie, dem. jeune femme licenciée ès sciences ay. certificat physiol. Service Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.752.

Labo demande visiteur médical pouvant s'adjoindre 2e Labo pour la région Nord. Ecrire Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 08-371.

Clinique sud-est achèterait matériel ameublement clinique. Ecr. *P. M.*, n° 742.

Radiol. possédant app. radiodiagn. C.G.R. 1938, 4 kénos parf. état, ch. associat. av. clinique. Ecr. *P. M.*, n° 743.

Microscope Leitz, revolver 3 object., 3, 7, immersion 1/12e, 3 ocul. 1, 3, 6, plat. ronde tourn. et centrable s. platine à chariot mob., condens. Abbe, miroir d. coffret, parf. état. Ecr. *P. M.*, n° 744.

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au cour. termes médic. Ecr., *P. M.*, n° 745.

Externe hôp. fin études, 2 a. phtisiologie, ch. occupation après-midi seulement. Ecr. *P. M.*, n° 746.

Médecin ville calme Ouest, ch. de suite remplaçant 3 semaines env. Pourrait convenir confr. sinistré qui pourrait rester ensuite décharger excédent client. Ecr. *P. M.*, n° 747.

A vendre microscope Leitz, modèle ancien, parf. état, av. jeu compl. oculaires et object. Zeiss. Oxygénateur Bayeux complet. Moins, 178, rue de Courcelles, Paris-17e.

Licenciée philosophie, aide médico-sociale, expér. sociale et pédag. ch. sit. pr. Dr, dispens. serv. social, mais. enfants, Paris ou Centre. Nattier, 20, rue Lacépède, Paris-5e.

Achéterais Précis dermatologie Darier. Ecr. *P. M.*, n° 750.

A vendre microscope Stiasnié, parf. ét., platine mob., revolver triple, ocul. 2, 3 object. dont immers. 1/15. Ecr. *P. M.*, n° 751.

Méd. ach. app. radiodiagnostic récent. Ecr. *P. M.*, n° 752.

A vendre à Saint-Jean-de-Luz, fauteuil roulant Dupont, bon état. 2.000 fr. Ecr. *P. M.*, n° 753.

Dr en médec. rech. occup. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, 754.

Sommes acheteurs bascule médicale bon état. Comar et Co, Massy (S.-et-O.).

Elève sage-femme ch. empl. clin. prov. Ecr. *P. M.*, 756.

A vendre oxy-injecteur Fialip, ét. neuf. Prieuré St-Joseph, 1, rue de Paris, Brou-sur-Chantereine (S.-et-M.).

Etudiante en méd. scolarité terminée, française, aryenne, cherche place assistante ou remplacement de préférence longue durée. Ecr. *P. M.*, n° 758.

Secrétaire, sténotypiste, cherche place demi-journée. Ecr. Mlle Bérard, 21, av. de Versailles, Paris-16e.

Jne chirurgien évacué, inscrit Conseil Ordre, dem. pl. assist. aupr. confr. hôp., clinique, chirurg. gynéco. en vue perfectionnement ou collaborat. évent. Rémunération indiffér. Ecr. *P. M.*, n° 760.

Etud. ch. statiff micro type P.C.B., 1, 3, 7. Ecr. *P. M.* 761.

Jne fille ayant bonne pratique bactériol., hématol., sérol., infirmière dipl. d'Etat, pouv. faire tout prélèvemenr, cherche situation. Ecr. *P. M.*, n° 762.

A vendre encyclopédie pédiatrie, ét. n. Ecr. *P. M.*, n° 763.

Interne médecine, chirurgie, grande banl. changerait de poste av. conf. sit. anal. banl. ou ailleurs. Ecr. *P. M.*, 764.

Cherche Linguaphone anglais et allemand. S'adresser : Dr Arama, Saint-Jean-du-Gard (Gard).

Achèterais ophtalmoscope Thorner (Bush fabr.) grille métall. Lysholm 30×40, parf. ét. et étalonneur pr. ionomètre Solomon. Ecr. *P. M.*, n° 766.

Important cabinet dentaire à céder à Nice. Riche clientèle, matériel moderne. Ecr. *P. M.*, n° 767.

A céder lampe à U. V. sur pied. Chenaille et boîte de verres d'essai. Ecr. *P. M.*, n° 768.

Cherche grille antidiffusante genre Lysholm, dimensions 24×30 env. Dr Rabier, Saint-Père-en-Retz (Loire-Infér.).

Radiologiste réfugié du Nord, ch. sit., aiderait confrère médec. générale. Ecr. *P. M.*, n° 770.

A vendre comb. cystoscopique Drapier à bille (Marion), stér. à la chaleur : 1 opt., 1 unil., 1 bilat., 1 explor., en boîte nickelée, tr. b. état, compl. (dble emp.). Ecr. *P. M.*, n° 771.

A vendre Loire-Inf. gr. radiodiag. « Radiolix » 100 M.A., 100 kv. av. tube 6 kv. neuf, table bascul. excell. ét. marche, écr. négatoscope, app. de Küss, sciatyl. Ecr. *P. M.*, n° 772.

A vendre microscope Stiassnié, entièrement neuf av. obj. 1, 3, 7, 1/15. Ecr. *P. M.*, n° 773.

A vendre microscope Reichert, monocul., tr. bon état, 3 object. dont immers. 1/10, 2 ocul. platine micrométique. Ecr. *P. M.*, n° 774.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

L'OSTÉOMYÉLOSE DIFFUSE DU CANCER SECONDAIRE DES OS

PAR MM.

Étienne CHABROL, M. CACHIN et **P. MAURICE**

(Paris)

C'est par étapes successives que dans ces quarante dernières années des données fragmentaires empruntées à la clinique, à l'hématologie et à la radiologie ont permis d'édifier le syndrome fort précis de l'ostéomyélose diffuse par métastase cancéreuse des os.

Depuis longtemps *les cliniciens* connaissaient les douleurs ostéocopes et les fractures spontanées que réalisent avec une affinité toute particulière les néoplasmes partis du corps thyroïde et de la prostate. Il est curieux de constater que les tumeurs de ces deux organes n'interviennent guère dans la genèse des accidents qui nous intéressent aujourd'hui. Le cancer de l'estomac et le cancer du sein en sont presque exclusivement responsables. Un squirrhe gastrique était en cause dans l'observation que l'un de nous publia en 1909, avec Parmentier (1), et qui attira, pour la première fois en France, l'attention des hématologistes sur les anémies graves par métastase cancéreuse de la moelle des os. Nous faisions remarquer à cette époque qu'il s'agissait assez souvent d'un cancer du pylore, d'ordinaire bien circonscrit, et nous opposions le petit volume et la bénignité locale de la néoplasie originelle à la gravité et à la généralisation de ses métastases à distance. Déjà Epstein (2), Hirschfeld (3) et Houston (4) avaient mis en valeur l'intervention du cancer du sein. Depuis cette date déjà lointaine les épithéliomas gastriques et mammaires n'ont rien perdu de leur fréquence, puisque sur un total de 17 observations colligées nous notons :

6 cas de cancer de l'estomac [Frese, 2 observations (5), Kurpjuweit (6), Wolfer (7), Parmentier et Chabrol (1) Labbé et Balmus (8)].

9 cas de cancer du sein [Epstein, Hirschfeld, Houston, Ben Rais (9), Paviot et Levrat (10), René Mach et Klages (11), Ducuing, Miletzky et Marques (12) Marchal, Mallet, Soulie et Albot (13), et notre observation d'aujourd'hui].

1 cas de cancer du pancréas [Loeper, Mallarmé et Brault (14)].

1 cas de sarcome utérin (Hirschfeld).

C'est une particularité hématologique des plus curieuses qui nous a permis d'individualiser avec Parmentier la conception des anémies graves par métastase cancéreuse de la moelle des os. Le sang de notre malade renfermait une *quantité considérable de globules rouges à noyaux* : 44 pour 100 des éléments blancs numérés. Ce chiffre nous parut jadis exceptionnel en regard des proportions indiquées par Kurpjuweit et par Frese. Il a été dépassé de nos jours dans l'observation de René-S. Mach et F. Klages, qui ont parlé de 150 pour 100. La découverte de ces globules à noyaux, actuellement désignés sous le nom d'érythroblastes, est pathognomonique ; elle invite le clinicien à ne pas attendre l'autopsie de son malade pour rechercher par la ponction sternale la présence de cellules cancéreuses dans la moelle des os.

C'est seulement dans ces dernières années que *l'avènement de la radiologie* a permis de définir l'ostéomyélose diffuse sous l'angle anatomique. Nous connaissons bien aujourd'hui son aspect spongieux, ouaté, vermoulu, plus remarquable encore par sa diffusion que par sa morphologie. L'excellente étude que nous en ont donnée Ducuing et ses collaborateurs permet d'opposer fort nettement ce syndrome à celui des métastases localisées dans le territoire d'un seul os et dont le cancer vertébral, sous ses multiples aspects d'ostéopathie condensante, ostéoporotique ou pagétoïde, a pu fournir d'assez fréquents exemples.

Si ces différentes notions sont aujourd'hui classiques, les observations d'ostéomyélose diffuse n'en sont pas moins fort rares et morcelées dans leur expression anatomo-clinique ; c'est pour ce motif qu'il nous paraît intéressant d'en rapporter un cas nouveau, dont le seul mérite est de donner une vue d'ensemble du syndrome, avec sa triade clinique, hématologique et radiologique.

*
* *

C'est derrière un tableau de *douleurs et d'anomalies du squelette, souvent rapportées au rhumatisme chronique,* qu'il faut savoir dépister les métastases osseuses. Notre malade, âgée de 48 ans, confirme cette loi. Elle s'était présentée à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour des arthralgies singulières, prédominant au genou gauche et qui, depuis neuf mois, n'avaient cessé de lui rendre la vie intolérable : successivement les membres inférieurs, les bras étaient devenus atrocement douloureux, sans que l'on pût noter en ces territoires aucune déformation articulaire, aucun signe neurologique, en dehors d'une atrophie musculaire extrêmement prononcée. De l'amputation du sein que cette malade avait subie quatre ans auparavant il n'était pas question ; ce fut incidemment, au cours d'un examen complet, que nous pûmes découvrir une cicatrice opératoire parfaitement souple, qu'aucune trace d'empâtement ne rattachait aux plans profonds, qu'aucun ganglion ne signait dans le creux de l'aisselle. Ces douleurs osseuses, qui dominaient le tableau clinique, devaient atteindre leur maximum d'acuité dans la dernière semaine de la vie, en affectant l'allure d'un torticolis, accompagné d'une impressionnante déformation de la colonne cervicale. Sous nos yeux une scoliose se constitua progressivement ; nous vîmes la joue droite se rapprocher progressivement de la face antérieure du thorax, et nous assistâmes en l'espace de quelques jours à un véritable effondrement du rachis cervical.

Avant de découvrir sous l'écran radiologique l'ostéose diffuse qui avait été le prétexte de tous ces accidents, nous avions pu porter le *diagnostic par l'examen du sang*. Derrière ce rhumatisme étrange évoluaient en effet une anémie profonde et surtout une *érythroblastose*, qu'un myélogramme établi avec la collaboration de M. Mallarmé permit d'interpréter. La ponction sternale nous fit découvrir, au contact des érythroblastes, d'énormes cellules vacuolaires à protoplasma basophile, dont les gros noyaux riches en chromatine renfermaient plusieurs nucléoles. Nous n'éprouvâmes aucune difficulté pour les identifier à des cellules cancéreuses.

Voici d'autre part les données que nous fournit l'examen de sang :

Numération globulaire : Hémoglobine, 70 pour 100 ; Valeur globulaire, 1,75 pour 100 ; Globules rouges, 1.920.000 ; Globules blancs, 4.000.

Formule leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles, 63 pour 100 ; Monocytes, 12 pour 100 ; Lymphocytes, 24 pour 100 ; Myélocytes, 1 pour 100 ; 8 érythroblastes pour 100 éléments blancs numérés.

Résistance globulaire normale : Hémolyse débutant à 48 ; nette à 40.

Plaquettes : 66.000 ; Plaquettes rondes, 70 pour 100 ; Plaquettes à prolongements, 28 pour 100 ; Mégathrombocytes, 2 pour 100.

Myélogramme : Hypoplasie médullaire portant sur tous les éléments et les érythroblastes. Présence de cellules cancéreuses.

Restait à mettre en lumière le troisième élément de la triade : *antécédent cancéreux, érythroblastose, ostéomyélose diffuse.* Voici les renseignements radiologiques que nous avons recueillis : sur toute la hauteur de la colonne cervicale, les vertèbres semblaient tassées, comprimées, décalcifiées, offrant par intervalle l'aspect alterné de l'ostéite condensante et de l'ostéite raréfiante qui caractérise la maladie de Paget. Les lésions prédominaient au niveau des quatre premières vertèbres cervicales, qui étaient en quelque sorte télescopées. Le même aspect ouaté se retrouvait sur les os du bassin et sur la ceinture scapulaire ; les côtes étaient vermoulues. Cependant les os des avant-bras, des mains, des jambes paraissaient intacts ; la boîte cranienne n'était pas intéressée. C'est en ce point que notre observation s'éloigne du tableau de l'envahissement total du squelette, dont Ducuing et ses collaborateurs nous ont donné une excellente description.



Le mystère qui domine l'évolution de l'ostéomyélose diffuse a suggéré nombre de digressions pathogéniques. Voici les quelques enseignements que nous croyons pouvoir dégager de notre cas personnel.

1° Il nous permet d'abord de rejeter délibérément l'hypothèse d'un *terrain cancérigène,* ayant favorisé l'éclosion d'une série de tumeurs primitives. L'autopsie de notre malade a révélé de multiples noyaux cancéreux dans la profondeur des poumons, du foie et des ovaires, et l'examen histologique n'a pas tardé à nous apprendre que tous ces foyers étaient secondaires en date à l'épithélioma du sein.

2° Devons-nous faire intervenir un *relai endocrinien pour expliquer la décalcification* et les lésions diffuses du squelette, dont l'examen radiologique nous a donné pendant la vie un impressionnant aperçu ? Nous nous sommes posé cette question avant que l'examen histologique ne nous eût révélé l'existence de métastases cancéreuses sur toute l'étendue du squelette frappé d'ostéoporose et, pour y répondre, nous avons pratiqué diverses analyses biologiques, susceptibles de révéler l'atteinte du système parathyroïdien. Le taux de la calcémie, mesuré à deux reprises, ne dépassa pas 87 mg. et 110 mg., alors que l'activité phosphatasique du sérum sanguin, nettement augmentée, atteignait 18 unités Bodansky le jour où le dosage du phosphore minéral donnait le chiffre de 123 mg. par litre. Cette dernière constatation plaidait en faveur d'une hyperplasie parathyroïdienne ; mais, moins heureux que Etienne Bernard, Boyer, Porge et Mlle Gauthier-Villars (15), que Welti, Huguenin et Plaça (16), nous n'avons pu mettre en évidence cette réaction histologique. L'étude de la fonction parathyroïdienne perdit d'ailleurs de son intérêt le jour où l'autopsie nous eut montré un étroit parallélisme entre la diffusion des foyers d'ostéose et la généralisation des métastases cancéreuses. Relatons à titre documentaire qu'une étude attentive des autres glandes endocrines ne nous a fourni aucun renseignement concluant : thyroïde, hypophyse, surrénales, pancréas offraient une morphologie sensiblement normale.

3° Quelle interprétation pouvons-nous donner de *l'érythroblastose*, signature incontestée de l'ostéomyélose diffuse ? En 1909 nous avons longuement discuté cette question avec M. Parmentier. Après avoir rappelé que notre observation ne pouvait prendre place dans les deux groupes d'anémies, aplastique ou orthoplastique, que les travaux de Vaquez et d'Aubertin venaient d'opposer l'un à l'autre, nous nous sommes attachés à montrer qu'une *dyshématopoïèse* très curieuse constituait le fait

essentiel : l'hyperplasie des globules rouges à noyaux était favorisée, à nos yeux, par les dépôts locaux de cellules cancéreuses ; de ce fait, le cycle évolutif normal des hématies se trouvait entravé. Rappelons qu'aucun de nos malades n'a présenté d'hémorragies, que l'on n'a pu déceler chez aucun d'eux les signes histologiques et biologiques de l'hémolyse. Leur rate ne renfermait que de très rares débris globulaires ; la sidérose faisait défaut dans les ganglions et la moelle osseuse ; la résistance globulaire était normale ; le sérum dépourvu d'hémolysines. Aucun indice de destruction sanguine n'apparaissait à l'origine de la déglobulisation; dans nos deux cas, la conception de la dyshématopoïèse peut faire valoir à son actif ces constatations négatives.

Depuis 1909 l'érythroblastose a été étudiée fort en détails. On a fait observer que la morphologie de ces globules rouges à noyaux était assez différente de celle des normoblastes. Nous avons reconnu personnellement qu'ils s'en écartaient assez souvent par leur teinte, et surtout par un asynchronisme de développement entre le noyau et le protoplasma. Il n'est pas rare de découvrir dans certaines hématies un noyau jeune, faisant contraste avec un cytoplasme ayant tous les caractères de la maturité. Ces nuances ne sont pas sans intérêt, pour la distinction de l'érythroblaste et du mégaloblaste ; elles nous aident à éviter l'erreur des anciens hématologistes qui ont pu confondre l'anémie de Biermer dite essentielle et les anémies secondaires, relevant d'une métastase cancéreuse latente.

Il faut savoir cependant, comme le font remarquer Mallarmé et Gorin (17) dans une communication récente, que l'érythroblastose cancéreuse et l'érythrémie aiguë de Di Guglielmo se ressemblent étrangement.

Chez nos 2 malades, les perturbations de la lignée rouge n'ont pas été seules à traduire la dyshématopoïèse. L'étude des éléments blancs a marqué un contraste entre la présence des myélocytes et le taux remarquablement faible des plaquettes sanguines : 66.000 dans notre seconde observation. La chute des hématoblastes a été également mentionnée par R.-S. Mach et F. Klages, qui ont noté le chiffre de 59.000.

Désireux de rester sur le terrain des faits, nous nous garderons de suggérer des hypothèses nouvelles pour pénétrer le mécanisme intime de l'érythroblastose cancéreuse. On l'a rapprochée des leucoses que les substances cancérigènes comme le goudron sont susceptibles d'engendrer, et, pour l'expliquer, on nous a donné le choix entre les trois variantes de Loeper, Mallarmé et Brault :

a) Stérilisation du terrain médullaire par la cellule cancéreuse, qui empêche la maturation des cellules rouges ;

b) Elaboration de corps cytogénétiques facilitant l'érythroblastose ;

c) Production de substances toxiques freinant la maturation cellulaire.

Disons plus simplement que nous sommes en présence d'une métaplasie des éléments de la lignée rouge au contact des cellules cancéreuses.

Voilà autant de considérations en marge de nos 2 cas d'érythroblastose cancéreuse, recueillis à trente années d'intervalle. Les faits de cet ordre sont rares, mais ils iraient en se multipliant si, derrière toute anémie grave chez un cancéreux, le clinicien recherchait systématiquement le très précieux stigmate sanguin que représente l'érythroblastose et si, guidé par cette découverte, il demandait au radiologue l'étude systématique qui met en lumière l'ostéomyélose diffuse du squelette.

BIBLIOGRAPHIE

(1) E. Parmentier et E. Chabrol : Anémie grave et métastases cancéreuses dans la moelle des os. *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 30 Juillet 1909. — (2) Epstein : Blutbefunde bei metastatischer Carcinose des Knochenmarks. *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1896, 30, 121. — (3) H. Hirschfeld : Ueber Blutbefunde bei Knochenmarktumoren. *Fortschritte der Medicin*, 1901, 13, n° 23. — (4) Th. Houston : *Britich Medical Journal*, 1903, 1257. — (5) Frese : *Deutche Arch. für Klin. Med.*, 1900, 387. — (6) Kurpjuweit : *Deutche Arch. für Klin. Med.*, 1903, 77. — (7) Wolfer : *Medizin. Klin.*, 1908, 706. — (8) Labbé et Balmus : Anémie pernicieuse et cancer de l'estomac. *Le Sang*, 1935, n° 2, 113. — (9) Ben Rais : Dyshématopoïèse et cancer. Anémie splénique; forme clinique des tumeurs secondaires des os. *Thèse de Lyon*, 1926. — (10) J. Paviot et M. Levrat : Cancer secondaire des organes hématopoïétiques avec myélémie. *Le Sang*, 1934, 415. — (11) René-S. Mach et F. Klages : Les anémies cancéreuses myélogènes. *La Presse Médicale*, 1938, n° 43, 831. — (12) J. Ducuing, O. Miletzky et P. Marques : Document pour l'étude de l'ostéose cancéreuse diffuse et de l'anémie myélogénétique. *La Presse Médicale*, 27 Novembre 1937. J. Ducuing : Syndromes douloureux d'envahissement large du squelette chez les cancéreuses du sein. *La Presse Médicale*, 10 Août 1938, 1225 ; J. Ducuing : Les grands syndromes douloureux d'envahissement osseux dans le cancer du sein. *Bulletin du Cancer*, 1940. — (13) G. Marchal, L. Mallet, P. Soulié et G. Albot : Métastases néoplasiques simulant un myélome multiple des os. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 15 Février 1935, 256. — (14) M. Loeper, J. Mallarmé et A. Brault : Erythroblastose cancéreuse. *La Presse Médicale*, 5 Août 1935, n° 62. — (15) E. Bernard, Boyer, Porge et Mlle Gauthier-Villars : Métastases osseuses diffuses d'un cancer du sein avec hypercalcémie et hyperplasie parathyroïdienne. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. Paris*, 1935, 618. — (16) H. Welti, R. Huguenin et A. Placa : Aspect radiologique d'ostéite kystique du bassin avec hypercalcémie et lésions d'hyperplasie parathyroïdienne par métastases d'épithélioma. *Bull. de l'Assoc. française pour l'étude du Cancer*, 13 Mars 1935, 165, — (17) Mallarmé et Gorin : *Le Sang*, 1942-1943, n° 8, 533 ; Gorin : *Thèse de Paris*, 1943.

LES AÉROSOLS

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par **Lucien DAUTREBANDE**

Définition de l'aérosol.

On peut considérer comme aérosol toute substance solide ou liquide qui, dispersée dans l'air,

a) y est extrêmement divisée ;

b) y acquiert momentanément une vitesse très grande.

Les particules ainsi formées, de par leur friction violente dans l'atmosphère, s'enrobent d'une charge électrique qui leur confère le mouvement brownien. Elles échappent longtemps aux lois de la pesanteur et, dispersées de la sorte, les substances les plus solubles tardent à se laisser dissoudre.

Ces particules, en épousant les mouvements de l'air, pénètrent dans les voies respiratoires et ne s'y fixent qu'après avoir perdu leur charge électrique à la suite de leur passage à travers les chicanes successives de la profondeur alvéolaire.

Classification des aérosols.

Les aérosols peuvent être :

a) Irritants (arsines de la guerre 1914-1918) ;

b) Indifférents (ayant causé la mort de très nombreuses victimes asphyxiées par fines poussières lors du bombardement d'Anvers le 5 Avril 1943[1], de Courtrai le 26 Mars 1944 et de Gand le 10 Mai 1944) ;

c) Vecteurs de toxiques (augmentant la toxicité du produit véhiculé[2]) ;

d) Médicamenteux et thérapeutiques.

Les aérosols médicamenteux et thérapeutiques sont issus d'une solution de titre déterminé de diverses substances pharmacodynamiques. Ils peuvent être utilisés soit pour leur action générale, soit pour leur action pulmonaire locale.

Pharmacodynamie des aérosols médicamenteux.

I. Action générale. — Si l'on respire pendant un certain temps des aérosols provenant d'une solution médicamenteuse, on retrouve rapidement dans le sang (à la condition que la technique utilisée ait formé de vrais aérosols) la substance dispersée. C'est ainsi que l'on peut mettre en évidence en quelques secondes l'action caractéristique sur diverses fonctions des :

1° Vasoconstricteurs (adrénaline, benzédrine, actédron, ortédrine) ;

2° Vasodilatateurs (carbaminocholine, nitrite sodique, F 883, F 933) ;

3° Tonicardiaques (digitale, ouabaïne, caféine, adrénaline) ;

4° Diurétiques de la série des bases xanthiques (caféine, théobromine, diurétine) ;

5° Diurétiques par amélioration de la circulation rénale (benzédrine) ;

6° Acidosants (chlorures calcique et ammonique) ;

7° Convulsivants (strychnine, pervitine) ;

8° Dépresseurs du système nerveux central (véronal) ;

9° Sensibilisants du système orthosympathique (202 ou ariline, benzédrine).

Ces inhalations prolongées possèdent tous les caractères de l'injection intracardiaque et, de plus, permettent de maintenir l'organisme à un taux défini de substance active, contrairement à la plupart des autres méthodes de pénétration entérale ou parentérale.

II. Action locale. — A côté de cette action générale des aérosols médicamenteux, il y a lieu surtout de retenir leur action locale sur le tractus pulmonaire. Par cette méthode, on peut agir soit dans le sens d'une pneumoconstriction soit dans le sens d'une pneumodilatation.

Sont de puissants constricteurs les aérosols de pilocarpine et de choline, même en très faible concentration. Le sont aussi, bien qu'à un degré moindre, les aérosols de percaïne, de F 883, de F 933. Les aérosols d'histamine, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, ne sont pneumoconstricteurs qu'à forte concentration (solution de 1 pour 100 au moins). A faible concentration au contraire, ils sont pneumodilatateurs. La caféine agit de même.

Les aérosols de pilocarpine, de choline et d'histamine à 1 pour 100 peuvent, chez l'homme, reproduire une crise d'asthme expérimentale et, chez l'animal, sont susceptibles d'entraîner la mort par asphyxie en quelques minutes.

Les aérosols pneumodilatateurs existent en très grand nombre et (en dehors de la lobéline, excitant synaptique, puissamment pneumodilatatrice en aérosols) appartiennent pour la plupart au groupe des orthosympathicotoniques, encore que l'adrénaline, leur chef de file, ne possède dans ce sens qu'un pouvoir extrêmement réduit.

Par ordre croissant de puissance pneumodilatatrice, il y a lieu de citer :

L'adrénaline, le corbasil (dioxynoréphédrine), le sympatol ou synéphrine (paraoxyphényléthanolméthylamine), le véritol (oxyphénylaminopropane), l'éphédrine et l'éphétonine (α-hydroxy-β-méthylamino-propylbenzène), le suprifène (oxyéphédrine), le 202 ou ariline (éther benzylique de la benzyléthylméthylamine), la pervitine (phénylméthylaminopropane), la benzédrine ou actédron ou ortédrine ou sympanine (phénylaminopropane), l'adrianol ou néosynéphrine (métaoxyphényléthanolméthylamine, métasympatol) et l'aleudrine (isopropyladrénaline).

De tous ces orthosympathicotoniques c'est de loin l'aleudrine qui jouit des propriétés pneumodilatatrices les plus intenses et les plus durables.

Agissent également dans le sens d'une pneumodilatation en influençant directement la fibre musculaire au delà du système nerveux orthosympathique, les aérosols de nitrite sodique à forte concentration (10 pour 100), de chlorure ammonique et de chlorure calcique (5 pour 100).

Quant aux aérosols de la substance parasympathicolytique type, l'atropine, ils n'ont chez le sujet sain qu'une influence très douteuse ; par contre, les aérosols d'atropine en solution à 1 pour 100 relâchent très rapidement un poumon contracté par des aérosols de pilocarpine ou de choline. De plus, ils possèdent une action antibronchorrhéique nette.

Utilisation clinique des aérosols médicamenteux.

Les aérosols médicamenteux peuvent être utilisés chez l'homme pour leur action générale ou pour leurs propriétés pulmonaires locales.

Action générale. — Cette action générale, on l'a dit, ne peut être obtenue qu'après inhalation d'une certaine durée. Leur intérêt se marquera surtout, très probablement, dans la thérapeutique des cardiopathies décompensées lorsqu'on se trouvera en présence de malades chez lesquels l'ingestion, l'injection sous-cutanée ou l'injection intramusculaire reste-

1. Dautrebande : Rapport aux services de protection aérienne du ministère de l'Intérieur, Bruxelles, 18 Avril 1943.
2. Dautrebande : *Bases expérimentales de la protection contre les gaz de combat*, 1 vol., Masson, Paris, Duculot, Gembloux, 1940.

ront sans effet et chez lesquels la recherche d'une veine s'avérera difficile.

On utilisera soit l'inhalation par masque individuel soit mieux, le séjour prolongé en chambres de brouillard. Les chambres d'aérosols seront aussi utilisées avec efficacité chez les asthéniques hypotendus chroniques (benzédrine, etc.), chez les agités (barbiturates), les déprimés centraux (benzédrine, pervitine, strychnine), avec l'assurance de fixer aisément la dose utile et de ne jamais atteindre une dose funeste. L'inhalation d'insuline ne nous paraît pas devoir être retenue dans la pratique.

Action locale. — C'est surtout leur action pulmonaire qui fait des aérosols médicamenteux un agent thérapeutique d'un intérêt considérable.

Les aérosols pneumodilatateurs sont en effet susceptibles d'agir favorablement dans tous les états où une constriction bronchopulmonaire (active ou passive) entrave l'hématose normale du sang artériel.

Utilisés avec un succès croissant dans le stade post-opératoire pour empêcher l'atélectasie pulmonaire et conséquemment la pneumonie, ils trouvent aussi des indications précieuses dans la période préopératoire pour obliger les poumons à demeurer largement ouverts et favoriser ainsi la pénétration des anesthésiques volatils, ce qui permet de réduire la concentration de ceux-ci en évitant par conséquent toute irritation.

Mais c'est surtout dans le traitement de l'asthme qu'ils ont dès à présent fourni preuve définitive de leur puissance d'action.

Quelle que soit l'origine de la constriction asthmatiforme, les aérosols d'aleudrine, d'adrianol, de benzédrine (actédron, ortédrine) parviennent toujours à enrayer une crise aiguë, à la condition bien entendu que la dispersion médicamenteuse soit correcte et que l'hypersécrétion bronchique ne soit pas trop considérable (il y aura lieu de la neutraliser éventuellement par une application préalable d'aérosols d'atropine à 1 pour 100). De plus, dans les états chroniques, ces aérosols périodiquement inhalés parviennent à espacer de plus en plus les crises, à en réduire l'intensité et, dans certains cas, à les faire disparaître complètement.

En forçant les poumons à demeurer longuement et activement ouverts, ils permettent à l'organisme de ne pas ressentir les effets de la sensibilisation locale qui, sans eux, aboutirait au spasme pneumoconstricteur habituel.

(Institut de Thérapeutique expérimentale de l'Université de Liége.)

BIBLIOGRAPHIE

Les circonstances ne nous permettent pas de donner ici les références bibliographiques de règle. On trouvera la plupart de celles-ci dans nos mémoires des *Archives internationales de pharmacodynamie* et de *La Presse Médicale* (1940, 1941, 1942 et 1943).

DIMINUTION DE L'ALIÉNATION MENTALE PENDANT LA GUERRE

Par **Xavier ABÉLY**
(Paris)

La persistance de la période de guerre avec ses répercussions morales et physiques permet d'étudier avec une assez vaste ampleur l'influence des grands événements sur la morbidité mentale de la population française. Je n'envisagerai ici que les affections psychiques qui ont nécessité l'internement. Médecin de service de l'Admission des aliénés de la Seine, ma documentation porte surtout sur les statistiques de ce service et sur la population de ce département. On est tenté de penser que le trouble causé dans les esprits par ce bouleversement a dû engendrer de nombreuses psychoses. Or, nous devons nous incliner devant ce fait remarquable et paradoxal : l'aliénation mentale a régressé dans des proportions considérables. C'est une chute verticale des internements que l'on observe depuis le début de la guerre.

Dans les quatre années qui ont précédé les hostilités, la moyenne des entrées était de 5.400 environ. En 1938 le nombre atteignait près de 6.000. Depuis 1941 le fléchissement s'est accentué rapidement : 4.200 en 1941, 3.250 en 1942, 2.600 en 1943. On aboutit donc, par rapport à 1937, à une réduction de 2/5 en 1942 et de 3/5 en 1943. On pouvait se demander si ce fait n'était pas particulier à la Seine. Il n'en est rien, car le même phénomène s'est produit dans toute la France. Les statistiques nous montrent que de 1939 à 1943, dans 19 départements, les internements ont diminué de moitié ou davantage, et que, dans l'ensemble des asiles autres que ceux de la Seine, on compte environ 9.000 entrées de moins.

En réalité, cette baisse massive ne peut surprendre que les personnes insuffisamment averties. Au cours des guerres et des périodes révolutionnaires modernes, les mêmes fléchissements ont été constatés. Tandis que, de 1848 à 1870, les internements étaient en progression constante, on a observé pendant les années 1870-1871 une diminution notable. Les statistiques du service de l'Admission de la Seine, publiées par Magnan et Bouchereau, sont démonstratives, et ces auteurs écrivaient : « Les faits ne semblent pas confirmer l'opinion généralement admise dans le monde que les périodes d'agitation sociale accroissent le nombre des entrées des aliénés dans les asiles. » Pendant la guerre de 1914-1918 le même fait a été plus manifeste encore. Les internements étaient réduits de 1/3 en 1918.

Fait intéressant à souligner : il y a eu, dans la Seine, moins d'entrées en 1918 qu'en 1942. Jamais cependant on n'avait observé un recul aussi rapide et aussi marqué de l'aliénation mentale que dans la guerre présente.

Mais il ne s'agit pas seulement de constater ce phénomène, il faut encore l'interpréter. Ce problème plein d'intérêt est fort difficile à résoudre. Les explications fournies dans le passé sont très imprécises. Actuellement on invoque surtout la réduction de la population et de l'alcoolisme. Avant d'étudier de près ces deux facteurs, une remarque s'impose : c'est qu'au cours des guerres précédentes ils n'ont joué l'un ou l'autre aucun rôle : en 1870 on a noté une recrudescence de l'alcoolisme ; en 1914 la population n'avait nullement diminué, du moins dans la Seine.

Diminution de la population. — Beaucoup pensent que la baisse des internements est due à la baisse de la population. Nous possédons, en ce qui concerne la Seine, des renseignements précis puisés au service des Statistiques. Le recensement de 1936 avait dénombré, dans la Seine, 5 millions d'habitants. Ce nombre s'était quelque peu élevé jusqu'en 1938. En 1941-1942 il s'est à peu près stabilisé avec des oscillations assez restreintes autour de 4 millions. La population de la Seine n'aurait donc pas diminué de plus de 1/5 entre 1936 et 1943. Par conséquent les internements n'auraient dû, en principe, être réduits que dans la même proportion. Il est possible que la baisse réelle soit plus élevée que ne l'indiquent les statistiques officielles. En revanche, les originaires de la Seine se trouvant hors de France (prisonniers, travailleurs) ont fourni leur contingent d'entrées asilaires, car la plupart de ceux dont les troubles mentaux nécessitaient l'internement ont été éliminés, rapatriés et finalement hospitalisés dans nos établissements. Quoi qu'il en soit deux déductions s'imposent : d'une part la baisse démographique ne peut expliquer à elle seule la réduction totale des entrées dont le taux est très supérieur, ainsi que nous l'avons vu plus haut. D'autre part sa constance relative depuis 1941 est impuissante à justifier la chute perpendiculaire des internements. De ce fait sa contribution à cette chute s'amenuise même progressivement chaque année et perd ainsi de plus en plus de sa valeur ; sa participation aurait été théoriquement de 1/2 en 1942 et de 1/3 en 1943.

Autre constatation assez troublante : la régression de la morbidité mentale touche également les femmes et les hommes, bien que la réduction de population porte surtout sur ces derniers. Toute cette question est fort complexe. Il faudrait tenir compte non seulement du sexe, mais de l'âge, de la classe sociale. Je n'envisagerai ici que l'influence de la baisse démographique sur les divers types de maladies mentales. Cette action a été fort différente selon les psychoses. Il faut distinguer 4 groupes : dans un premier groupe ce facteur paraît avoir agi de manière à peu près exclusive et uniforme : c'est le cas notamment de la paralysie générale et de la psychose intermittente dont le fléchissement est resté à peu près stable. On a déjà signalé à plusieurs reprises que ces maladies étaient peu influencées par les bouleversements sociaux. Dans un deuxième groupe, ce facteur intervient de façon moins simple ; la réduction a été plus marquée et s'est accentuée lentement ; d'autres causes ont dû intervenir : il en est ainsi de la démence précoce et du délire chronique. Dans un troisième groupe, composé surtout des psychoses alcooliques, l'écart est beaucoup plus considérable ; la diminution de la population n'est plus qu'un élément de deuxième ordre. Dans une quatrième catégorie enfin, il est impossible de découvrir l'influence de ce facteur. C'est le cas des démences séniles et artérioscléreuses et des arriérations mentales.

Diminution de l'alcoolisme. — La deuxième opinion, la plus communément acceptée, est que la régression de l'aliénation mentale est due à l'énorme recul de l'alcoolisme. Pendant la guerre de 1914-1918 une diminution considérable de l'éthylisme avait été constatée, grâce aux mesures prises par les Pouvoirs publics. Les statistiques de l'Infirmerie de la Préfecture de police, publiées par de Clérambault, avaient montré une baisse de plus de la moitié. Ce phénomène a pris des proportions beaucoup plus grandes dans la guerre actuelle. Dans les années qui avaient précédé les hostilités l'alcoolisme avait acquis une extension inquiétante. En 1937, le service de l'Admission de la Seine comptait de ce fait 807 entrées et près de 900 en 1938. Les mesures législatives et les restrictions obligatoires n'ont eu leur véritable efficacité qu'à partir de 1941. Durant cette année-là, l'alcoolisme mental ne fournit plus que 350 entrées. En 1942, la baisse s'accélère encore (110 entrées). En 1943 nous ne dépassons guère 50 entrées. Cette intoxication est donc presque complètement annihilée comme cause psychopathique. Sa chute a été aussi profonde que rapide. Mais ce qui nous importe surtout c'est moins la régression absolue des psychoses alcooliques que leur contribution relative à la diminution totale des entrées. Eliminant la part due à la baisse de la population dont nous avons déjà tenu compte globalement, la participation réelle des mesures prohibitrices a été approximativement, par rapport à 1937, de 1/4 en 1942, de 1/5 en 1943. Cette participation va donc en diminuant actuellement. En effet, la baisse de l'alcoolisme psychique a été plus précipitée, plus intense d'emblée que celle de l'ensemble des autres psychoses ; elle se ralentit et approche de son terme pour la raison bien simple qu'elle a atteint une limite en deçà de laquelle il lui sera difficile de descendre. En somme la contribution du recul alcoolique à la diminution totale des entrées a été assez modérée. On ne s'en étonnera pas si l'on sait que le taux des internements pour alcoolisme dans le total annuel des placements n'a jamais dépassé, dans la Seine, avant la guerre, 15 pour 100 (chiffre maximum de 1938), et a évidemment considérablement diminué en ces dernières années. Il ressort de ces évaluations qu'on semble avoir quelque peu exagéré, pour la Seine du moins, l'influence de la régression éthylique dans la diminution des maladies mentales. Ce rôle, dont l'importance est grande certes ne peut être considéré comme unique, ni même comme prépondérant. Il est juste d'ajouter que je n'ai retenu que les psychoses alcooliques proprement dites, alors que l'alcool peut indirectement exercer une action favorisante ou aggravante sur des troubles mentaux fort divers et représente un puissant agent de dégénérescence.

Association combinée des deux facteurs précédents. — Sans accorder une valeur certaine à des calculs très approximatifs, on peut affirmer que l'addition des deux participations précédentes à la baisse des internements ne parvient pas à combler cette dernière. Nous devons constater l'existence d'une portion restante qui croît de plus en plus (théoriquement 1/4 en 1942, 1/2 en 1943) et qui réclame des causes complémentaires dont le rôle apparaît de plus en plus important.

Autres explications. — Certains ont prétendu que l'obligation d'une vie plus régulière et moins trépidante et les restrictions alimentaires elles-mêmes ont eu dans quelques milieux une influence plutôt favorable sur la santé mentale. On a mis surtout en avant des motifs sociaux et économiques: les Pouvoirs publics et les particuliers auraient manifesté plus de tolérance à l'égard des aliénés. Mais on a dû, par contre, interner tous ces inadaptés qui, dans les circonstances actuelles, sont devenus incapables de vivre seuls à l'extérieur. On a principalement fait valoir l'abstention des familles que des causes variées auraient incité à éviter le placement de leur malade : élévation de prix de journée des asiles, médiocrité du régime alimentaire, désir de conserver une carte supplémentaire d'alimentation, utilisation des faibles d'esprit ou des affaiblis à des corvées aussi faciles qu'indispensables. Ce facteur est certainement d'importance minime. Les statistiques montrent d'ailleurs que les placements faits par les familles ont diminué de façon beaucoup moins marquée que les placements effectués par l'administration. En effet, des considérations du même ordre que celles invoquées ont agi en sens inverse. Comme nous l'avons signalé plus haut les internements des déments séniles et des enfants arriérés ont augmenté. Ces maladies ou ces tares ne se sont certainement pas multipliées, mais nombre de parents, dont les ressources sont modestes et qui doivent travailler au dehors, ont été obligés de se séparer de ces infirmes mentaux en raison des difficultés de la vie et de l'impossibilité de la surveillance à domicile.

Diminution des psychoses d'origine affective. — Il existe donc, en dehors de ces causes diverses, un facteur complémentaire énigmatique ou du moins difficile à déceler. Ce facteur me paraît résider en grande partie dans la réduction progressive des psychoses d'origine affective qui correspond assez bien à cette marge inexplicable que je viens de signaler. Ce point intéressant, que je ne puis développer ici, fera l'objet d'un autre article.

Conclusions. — Ce serait s'abuser que de tirer de la diminution actuelle de la morbidité mentale des conclusions optimistes pour l'avenir. Il ressort au contraire de cette étude que toutes les causes examinées ont un trait essentiel : elles sont occasionnelles et superficielles, donc éphémères et transitoires. Cette baisse artificielle est due au caractère exceptionnel de notre époque ; elle ne tient pas à des raisons profondes et durables. Seul le recul de l'alcoolisme pourrait persister si les mesures prohibitrices étaient maintenues. Mais ne nous berçons pas trop d'illusions, les années qui ont suivi la guerre de 1914-1918 ont été trop décevantes à cet égard pour ne pas garder, cette fois encore, quelque scepticisme. L'expérience nous apprend qu'après toutes les périodes troublées les maladies mentales non seulement reprennent leurs cours, mais s'intensifient. Une réaction fatale se produit. Après les deux guerres précédentes l'aliénation mentale est remontée en flèche. Tandis qu'avec la reprise d'une alimentation plus substantielle, la tuberculose diminuera ses atteintes, la morbidité mentale, avec le retour des causes antérieures, reprendra son ascension redoutable. Les faits se reproduisent avec une régularité scientifique. Cependant on oublie les leçons du passé, les chimères renaissent avec une incroyable ténacité et l'on ne songe plus à l'avenir. C'est pourquoi la réduction présente des internements a des effets funestes. Le dépeuplement des hôpitaux psychiatriques, qu'a aggravé un accroissement considérable de la mortalité, est exploité de façon inconsidérée. On désaffecte les asiles avec l'arrière-pensée d'une liquidation définitive et on se dispute leur succession. On ne se souvient pas qu'en 1918 on voulait changer l'attribution de plusieurs établissements d'aliénés de la Seine et que peu d'années plus tard il fallait songer à en créer de nouveaux. Il est à craindre que l'assistance psychiatrique, toujours un peu délaissée, n'en subisse une éclipse sinon un déclin manifeste et qu'on ne la retrouve diminuée et dépouillée quand on en aura le plus grand besoin.

RÉACTION CUTANÉE TUBERCULINIQUE POSITIVE HUIT MOIS APRÈS L'INJECTION INTRADERMIQUE

Conditions d'apparition extraordinaires de l'allergie cutanée tuberculinique chez un jeune homme de 22 ans

Par Max FOURESTIER

(Paris)

L'observation[1] que nous rapportons est aussi curieuse qu'intéressante, autant par ses caractères cliniques que biologiques.

M. Ed. Quig..., 22 ans, vient nous demander conseil en Octobre 1942 pour des crises d'asthme apparues en vacances, dans le Poitou, en Juillet 1942. Ces crises surviennent deux fois par jour depuis cette date, surtout le soir quelques heures après le coucher. Le malade qui s'observe remarquablement décrit très bien la crise dyspnéique brutale, à prédominance expiratoire, sèche, avec sensation d'oppression nécessitant l'orthostatisme. Au retour des vacances, à Paris, les crises s'espacent, mais elles surviennent néanmoins plusieurs fois par semaine. Le malade a maigri de 4 kg., il se sent fatigué.

Ce jeune homme a déjà été soigné à l'âge de 6 ans pour des crises d'asthme. Une cure au Mont-Dore aurait été suivie de guérison. Depuis cette époque, fragilité et susceptibilité bronchiques jusqu'à l'âge de 12 ans, mais pas de crises d'asthme véritables. Pendant la dernière guerre, santé parfaite. Congestion pulmonaire (ou pneumonie ?) de la base gauche en Janvier 1942. De Janvier à Juillet 1942, notre malade se sent fatigué, mais il peut assurer néanmoins ses fonctions de chef de Centre de jeunesse.

L'examen révèle un état général bien conservé. La température est normale. Pas de dyspnée le matin de la consultation. L'expectoration est nulle. Cœur et poumons paraissent normaux. Tension artérielle, 13-8. Système nerveux intact. L'examen serait entièrement « négatif » si, à l'écran radioscopique, on ne notait une ombre hilaire gauche un peu floue et vaguement arrondie. Le profil est plus intéressant : on remarque aisément plusieurs plages nettement arrondies, de la grosseur d'une pièce de 1 franc, en avant de la trachée et de l'éperon.

Sur un film tomographique (voir cliché), à 12 *cm.* du plan postérieur, se dessinent avec netteté des images polylobées, manifestement ganglionnaires, sur la face externe des deux bronches lobaires inférieures et autour de la base d'implantation des deux bronches lobaires supérieures droite et gauche. Aucune image suspecte dans les deux champs pulmonaires qui sont de transparence normale. L'exploration minutieuse de toutes les aires ganglionnaires ne révèle aucune intumescence ganglionnaire. Vraiment cette adénopathie trachéo-bronchique est isolée.

Le diagnostic se précise donc : crises d'asthme et adénopathies hilaires.

Examens de laboratoire : G. R., 5.020.000; G. B., 7.200 ; V. G., 1; Poly. neutrophiles, 60 ; éosinophiles, 4; moyens mononucléaires, 19; lymphocytes, 8 ; monocytes, 9. Granulations toxiques des polynucléaires, 0. Sédimentation, 3 m*m.* et 18 m*m.* (première et deuxième heure). Pas de B. K. au tubage gastrique. Cholestérol sanguin, 1,95. Vernes-résorcine, 3. B.-W. négatif. Hecht et Kahn négatifs. Meinicke positif.

La cuti-réaction à la tuberculine (*Institut Pasteur*) *est négative; de même sont négatives les intradermo-réactions au* 1/100, *au* 1/10 *et de tuberculine brute.*

Nous ne retenons pas la proportion de 4 pour 100 de polynucléaires éosinophiles dans le sang pour penser à un asthme anaphylactique. L'épine médiastinale (adénopathie) est évidente et rend compte parfaitement des crises dyspnéiques aiguës étiquetées asthme. Mais quelle est donc l'étiologie de ce syndrome ? Presque en désespoir de cause nous nous rattachons à l'hypothèse d'une étiologie hérédo-syphilitique, sur la foi d'un Meinicke positif, aussi sur certains renseignements anamnestiques : dans les ascendants ou les collatéraux on note, en effet, des fausses couches, de la polyléthalite infantile, quelques anomalies génétiques. Pourquoi ne pas essayer un traitement antisyphilitique puisque aucun critère certain ne peut préciser un diagnostic étiologique acceptable (pas de tuberculose, pas de maladie de Hodgkin, pas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, pas d'anaphylaxie, etc.).

Un traitement par le Quinby est donc institué. Très rapidement, les crises disparaissent, plus d'essoufflement, et le malade se prétendant transformé peut reprendre une activité professionnelle normale. En Mars 1943, après deux séries de Quinby, un nouvel examen tomographique est pratiqué. Les images ganglionnaires latéro-bronchiques ont entièrement disparu.

Mais la « suite biologique » de cette histoire est très curieuse. Nous considérions le malade comme guéri, quand le 10 Juin il revenait nous voir, nous disant ceci : « *L'avant-veille, après quelques heures de démangeaisons dans la région deltoïdienne des deux bras où avaient été pratiquées huit mois*



auparavant les intradermo-réactions à la tuberculine brute et au 1/10 (*négatives*) *est apparue, à l'endroit exact des tests intradermiques, une induration papulo-phlycténulaire cerclée d'une zone érythémateuse de* 2 *cm.* 5. »

Aucune erreur n'était possible. C'était bien là deux réactions intradermiques tuberculiniques fortement positives, une sur chaque bras, et de qualité réactionnelle identique. Aucun autre diagnostic local (prurigo, ecthyma, furoncle, etc.) ne pouvait être posé. Seules les intradermo-réactions de tuberculine brute et au 1/10 s'étaient manifestées avec ce retard extraordinaire de huit mois. La cuti-réaction et l'intradermo au 1/100 restaient muettes.

La dernière injection de Quinby remontait au mois de Mars. Depuis cette date aucune thérapeutique n'avait été instituée. L'état général était demeuré excellent. La santé paraissait parfaite. Les crises d'asthme avaient depuis longtemps disparu (depuis Décembre 1942). L'image radiographique était strictement normale. Pas de température, aucune expectoration, pas la moindre intumescence ganglionnaire. C'est par un souci extrême de complaisance scientifique que notre ex-malade avait tenu à me montrer ses intradermo-réactions ainsi positives à retardement.

La cuti-réaction à la tuberculine pratiquée le jour même se montrait normalement positive quarante-huit heures plus tard. Il en fut de même un mois après. L'allergie cutanée tuberculinique était donc devenue normale dans ses délais d'apparition et dans son expression clinique. Depuis, le malade continue de jouir d'une excellente santé.

En résumé, toutes les tuberculino-réactions cutanées (y compris l'intradermo de tuberculine brute) ont été négatives lors de l'évolution d'un asthme bronchique ganglionnaire, peut-être d'origine hérédo-syphilitique[2], sans atteinte de l'état général, sans qu'on puisse invoquer à ce sujet une cause anergisante quelconque. Huit mois plus tard, en pleine santé, après guérison des crises d'asthme et disparition depuis de longs mois de l'adénopathie médiastinale, brusquement et spontanément, en dehors de toute action thérapeutique, sans nouvelles sommations tuberculiniques, les deux intradermo-réactions anciennement négatives (brute et au 1/10) sont devenues fortement positives.

Nous n'avons vu signalé nulle part un fait biologique comparable à celui que nous venons d'observer. On ne peut, à ce sujet, certainement pas parler de reviviscence des réactions tuberculiniques: chez des sujets précédemment soumis à des réactions locales (qui ont été positives), celles-ci peuvent réapparaître sous l'influence d'injections sous-cutanées de tuberculine, parfois plusieurs semaines après que la réaction locale primitive a été obtenue (Slatineanu, C. Guérin). De même, l'introduction dans le derme, dans la zone réactionnelle d'anciennes cuti-tuberculinations positives, de bouillon peptoné glycériné ou d'eau peptonée, peut provoquer, par sensibilisation (?) une véritable reviviscence de l'allergie tuberculinique cutanée. Dans notre cas, rien de semblable. Pour qu'il y ait reviviscence, d'ailleurs, il faut que les réactions cutanées aient été déjà positives. Chez notre malade, les intradermo de tuberculine brute et au 1/10 ont été négatives et c'est spontanément que huit mois plus tard elles devinrent positives.

On ne peut non plus voir dans ce cas un virage très retardé des réactions tuberculiniques sur lequel ont insisté ici même, récemment, MM. F. Bezançon, J. Genevrier et A. Maclouf. En l'occurrence, au cours d'un état morbide certainement tuberculeux (érythème noueux tuberculeux vérifié par biopsie, par exemple) alors qu'une première intradermo-réaction tuberculinique au centigramme est négative, il faut attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour constater le virage positif d'un *nouveau* test cutané (cuti ou intradermo). A

1. Observation recueillie dans le service de M. P. Brodin, hôpital des Ménages.

2. Cette étiologie ne peut évidemment être affirmée sans les plus grandes réserves.

supposer que notre adénopathie médiastinale ait été tuberculeuse, ce n'est pas en testant le sujet par une nouvelle intradermo que nous avons eu la notion d'allergie, mais c'est l'intradermo-réaction initialement négative qui, huit mois plus tard, spontanément, est devenue positive.

L'affection relativement bénigne dont était atteint notre malade n'entre certainement pas dans le groupe des maladies anergisantes classiquement reconnues comme pouvant effacer transitoirement l'allergie cutanée tuberculinique. Certes la syphilis peut être anergisante, mais aux périodes évolutives de l'infection (Lelong et Rivallier) et notre diagnostic d'hérédo-syphilis n'est qu'une probabilité.

En dehors de toute maladie anergisante, parler d' « éclipse » de l'allergie voile notre ignorance d'un mot. D'ailleurs, le problème de l'apparition tardive spontanée, chez notre malade, des réactions cutanées positives, ne serait pas pour autant résolu.

M. le Prof. A. Bocquet de l'Institut Pasteur, auprès de qui nous cherchions conseil, a volontiers reconnu l'intérêt et le mystère de ce fait biologique vraiment extraordinaire. Nous devons à son obligeance les références que voici.

E. Wassen et B. Sevedin [3] injectent dans le derme de lapins 3 à 6 mg. de tuberculine incorporée à de la lanoline et à de la cholestérine. Huit jours plus tard, ces lapins sont infectés par des bacilles tuberculeux (inoculation intraveineuse). Quinze jours après l'infection, vingt-trois jours après l'intradermoréaction à la tuberculine, une forte réaction hyperémique se dessine autour de celle-ci.

Par ailleurs, A. Kristenson [4] a fait les constatations suivantes : 5 infirmières non allergiques reçoivent dans le derme plusieurs injections de 0 cm³ 1 de tuberculine au 1/10, à deux ou trois reprises, toujours aux mêmes endroits et à deux ou trois jours d'intervalle. Pas de réaction. En même temps, elles subissent une inoculation dermique de 0 mg. 05 de BCG. Un à deux mois plus tard, une réaction tuberculinique nette apparaît aux points des injections de tuberculine (rougeur, infiltration). Cette réaction positive coïncide avec l'apparition de l'allergie due au BCG.

Tels sont ces faits expérimentaux qui montrent l'activation retardée de l'allergie cutanée tuberculinique initialement inexistante (sujets vierges) après une infection tuberculeuse minime (BCG), dans un cas. Dans l'autre expérience, l'inoculation a été forte, mais c'est le mode d'introduction dermique de la tuberculine qui a été modifié (tuberculine + lanoline + cholestérine).

La tuberculine introduite dans le derme peut donc y demeurer fixée un certain temps (au moins deux mois dans les expériences précédentes) et, non détruite, conserver tout son « potentiel ergique » que révélera, plus tard, l'infection bacillaire.

Le fait nouveau précisé par ces expériences et illustré par notre observation est donc le suivant : la tuberculine peut demeurer inactive très longtemps dans le derme d'un sujet vierge de toute infection bacillaire. Comme une plaque photographique impressionnée, la zone cutanée d'inoculation tuberculinique peut se « révéler » au moment de l'infection bacillaire, encore faut-il que l'imprégnation dermique tuberculinique ait été suffisante. Chez notre malade, seules les intradermo-réactions de tuberculine brute et au 1/10 virèrent spontanément. Il ne fut rien observé au niveau des zones cutanées de la cuti ou des intradermo-réactions au 1/1.000 et au 1/100. Ici encore paraît avec évidence la notion quantitative dans l'allergie tuberculeuse.

Après ces considérations, dans quel sens pouvons-nous interpréter les faits observés chez notre malade ?

Trois faits sont certains : 1° la maladie dont était atteint notre malade n'était pas anergisante ; 2° à la date des tests cutanés tuberculiniques négatifs, la tuberculisation du sujet n'existait pas ; 3° après l'apparition spontanée de l'allergie tuberculinique, la tuberculisation étudiée par les tests cutanés s'est avérée banale.

L'adénopathie trachéo-bronchique cause des crises d'asthme n'était probablement pas de nature tuberculeuse, et cette notion est confirmée par la régression rapide de l'intumescence ganglionnaire sous l'influence du traitement antisyphilitique.

La seule hypothèse qui cadrerait avec les faits expérimentaux actuellement connus est la suivante : Ce jeune homme de 22 ans a, pendant les huit mois de notre observation, réalisé sa primo-infection tuberculeuse inapparente. Cette infection paucibacillaire, comme dans les expériences de Kristenson et de Wassen, a sensibilisé la zone dermique fortement imprégnée au préalable par la tuberculine et s'est révélée cliniquement par l' « éveil » d'une intradermo-réaction négative huit mois auparavant. Il n'y aurait pas eu de virage tardif des tuberculino-réactions cutanées, mais une « flambée » allergique d'une tuberculine intradermique jusque-là inactive, à l'occasion de la primo-infection.

Certes, ce n'est là qu'une hypothèse, mais nous ne voyons, pour notre part, aucune autre explication. Il serait d'ailleurs facile de la vérifier, et c'est ce que nous nous proposons de faire. Puisque la tuberculine à doses massives peut demeurer fixée sur les cellules dermiques pendant très longtemps (au moins huit mois), sans se révéler cliniquement chez des sujets vierges de toute infection bacillaire, on devrait pouvoir, chez l'enfant non tuberculisé, assister, à l'occasion de la primo-infection, à l'éveil d'une intradermo-réaction à la tuberculine brute initialement négative. Les pédiatres pourraient très rapidement nous renseigner à ce sujet surtout dans les hôpitaux d'enfants où il est si facile — du fait du danger de contamination — de saisir l'instant fugitif de la première rencontre avec le bacille de Koch. Une restriction néanmoins mérite d'être faite : peut-être cette persistance de la tuberculine inactive pendant plusieurs semaines ou quelques mois dans le derme de sujets non tuberculisés nécessite-t-elle, outre des doses importantes, une qualité de peau spéciale. Ainsi, dans les expériences de Wassen, la tuberculine a été introduite dans le derme conjointement avec de la lanoline et de la cholestérine, comme si on avait réalisé là, expérimentalement, un terrain cutané spécial qui pourrait ne se rencontrer qu'exceptionnellement dans l'expérimentation clinique humaine.

Quoi qu'il en soit, cette expérimentation clinique mérite d'être tentée [5].

3. E. Wassen et B. Sevedin : *Beit. Klin. d. Tuberk.*, 1941, **96**, 206.
4. A. Kristenson : *Acta tuber. Scandin.*, 1941, **15**, 110.

5. Longtemps après la correction des épreuves de notre travail, quelques jours avant sa parution, nous prenons connaissance de la communication de Mlle de Neyman et E. Barré, à la séance du 13 Novembre 1943 de la Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose, « Virage spontané, au moment de la primo-infection tuberculeuse, d'anciennes cuti-réactions pratiquées plusieurs semaines ou plusieurs mois auparavant ». L'hypothèse que nous soulevons est donc pleinement confirmée, puisque Mlle de Neyman et E. Barré ont, dans 5 cas de primo-infection, chez de jeunes adultes, observé le virage spontané d'anciennes cuti-réactions tuberculiniques négatives pratiquées plusieurs mois auparavant, bien avant toute infection tuberculeuse.

Voici enfin la confirmation expérimentale clinique : en collaboration avec Michèle della Torre, nous avons observé le même phénomène après vaccination par le BCG. « Révélation spontanée, sous l'influence de la vaccination par le BCG, de tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives et pratiquées plusieurs mois auparavant. » *Soc. d'Etud. Scient. sur la tuberculose*, 10 Juin 1944.

LE CATHÉTÉRISME DES BRONCHES LOBAIRES

AVEC UNE SONDE EN CAOUTCHOUC

SON INTÉRÊT POUR L'INJECTION DE LIPIODOL ET POUR L'ASPIRATION BRONCHIQUE

Par **H. MÉTRAS**
(Marseille)

Nous avons fait modeler diverses sondes en caoutchouc destinées à préciser lors des investigations topographiques broncho-pulmonaires les limites de l'exérèse pulmonaire, ces mêmes sondes pouvant être utilisées pour l'aspiration et le lavage des bronches.

Le principe consiste à conduire sous le contrôle de l'écran radioscopique l'extrémité de cette sonde molle dans une bronche lobaire.

Nous avons été conduit à procéder ainsi à la suite d'un échec partiel de lobectomie du lobe inférieur gauche. Sur les clichés F. et P., avec la technique courante, il était impossible de supposer que la lingula était atteinte par le processus bronchectasique. Or six mois après l'intervention, le malade ayant encore 2 à 3 crachats quotidiens, un lipiodol bronchique opacifiait une lingula occupant la place laissée vide par la lobectomie du lobe inférieur et les vraisemblables mais discrètes bronchectasies antérieures étaient devenues des culs-de-sac de la taille d'un pouce.

Nous avons de plus remarqué que sur les clichés de F. comme de P. les bronches de la lingula se lisaient avec beaucoup de difficultés, celles-ci étant encore augmentées toutes les fois que la lingula est pathologique : atteinte bronchectasique, condensation pulmonaire rétractile, modifiant son étendue et ses rapports.

L'expérience nous a montré ensuite l'intérêt de procéder lobe après lobe pour les cavités se trouvant à la limite de la scissure. Nous possédons plusieurs cas typiques de petits kystes pulmonaires paraissant appartenir au lobe inférieur par exemple et étant sur les berges de la scissure du lobe moyen.

Notre matériel [1] comprend :

1 mandrin présentant la sonde sur la glotte qui baille,

3 sondes (1 sonde droite, 1 sonde à extrémité courbe dérivée de la sonde de Thomson [2] avec de plus un mandrin modifiant la courbure intra-bronchique et 1 sonde comprenant deux conduits disposés en canon de fusil l'un à l'extrémité courbe, l'autre plus court s'arrêtant en haut de la courbure du précédent).

Une connaissance approfondie du système de divi-



Fig. 1. — Premier temps (Profil).
Injection du lobe moyen (sonde concave en avant). Présence d'un kyste à la partie postérieure du lobe moyen.

1. Matériel fabriqué par la maison Gentile, Paris.
2. Le Mée et Maurice Bonnier : *Bronchoscopie*, 1937, n° 4.



Fig. 2. — Deuxième temps (Profil).

Injection du lobe inférieur (sonde concave en arrière). Kystes dans les lobes moyen et inférieur. Ce cliché ne permettrait pas d'affirmer que le lobe moyen est évidé par un kyste si nous ne possédions pas le cliché 1.

sion des bronches est indispensable pour repérer la hauteur des éperons et la direction générale des axes bronchiques.

On conduit alors très bien la sonde par des mouvements de va-et-vient combinés avec des mouvements de rotation, en agissant sur l'extrémité laissée hors de la bouche du malade. L'extrémité distale est opaque aux rayons et l'on en suit facilement les déplacements.

On s'engage à volonté dans la bronche du lobe moyen, de la lingula, du lobe supérieur et l'on peut même dépasser les bronches de 3e division si on le désire.

Nous n'insisterons pas sur la technique de l'aspiration ni du lavage bronchique, car la sonde étant en bonne place le reste est très facile.

L'injection de lipiodol se fera par cathétérisme successif des 3 bronches lobaires. Sur les clichés pris de face et de profil aucun territoire ne pourra échapper à l'examen. De même que l'on ne saurait enlever un rein sans connaître la valeur fonctionnelle de l'autre, de même l'indication d'une lobectomie ne peut se soutenir si le reste du parenchyme n'a pas été exploré. Le principe théorique de l'exploration de chaque lobe avait été déjà posé par Aubin en 1935 [3] et repris par Aubert en 1937 [4].

Nous avons choisi le lobe moyen et la lingula comme axe d'opacification. Nous utilisons de préférence la sonde à double conduit. Le premier est constitué par une sonde à extrémité courbe qui va se placer dans la bronche du lobe moyen ou de la lingula. Le lipiodol est poussé et l'on prend deux clichés F. et P. L'opacification du lobe inférieur se poursuit en injectant le produit opaque dans le second conduit qui s'est arrêté à la hauteur de la bronche dorsale moyenne, la plus haute du lobe inférieur. On prend deux autres radiographies F. et P. L'ensemble est alors retiré et on place la sonde courbe dans la bronche du lobe supérieur.

Nous rappelons que dans le chapitre « diagnostic chirurgical des suppurations pleuro-pulmonaires de l'E. M. C. » nous pouvons lire :

« D'abord les 5 lobes doivent être injectés, c'est absolument indispensable ; pour obtenir un bon remplissage de ceux-ci, l'idéal serait de mettre le lipiodol sous le contrôle du bronchoscope à l'entrée des bronches. » Ce vœu est rempli et ce, sans bronchoscopie.

Nous ne pensons pas que ces détails techniques soient difficiles à acquérir. Ils appartiennent de droit au pneumologue et au pneumochirurgien. Lui seul est appelé à apprécier l'intérêt de ces préparatifs minutieux précédant l'acte chirurgical d'exérèse pulmonaire et qui sont à la base de l'amélioration des résultats.

(Travail du service du docteur Isemein, hôpital de la Conception.)

3. Aubin : *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1935.
4. Aubert : *Bull. et Mém. de la Soc. de Rad. méd. de France*, 1937, 541.

MOUVEMENT PHYSIOLOGIQUE

L'ACTION CARDIO-VASCULAIRE DES EXTRAITS D'ORGANES

En injectant à des animaux, par la voie intraveineuse, des extraits d'organes, Oliver et Schäfer démontrèrent en 1895 le pouvoir hypertenseur des glandes surrénales. Cette découverte eut un retentissement considérable et suscita de nombreuses recherches ; celles-ci aboutirent aux travaux de Takamine et d'Aldrich qui, presque simultanément, en 1901, isolèrent la substance active, l'adrénaline, dont Stolz, en 1904, réalisa la synthèse.

En face de l'adrénaline, hormone vaso-constrictive et hypertensive, il faut placer la vagotonine, hormone vaso-dilatatrice et hypotensive que Santenoise a isolée du pancréas et dont il a poursuivi l'étude dans une série de remarquables travaux.

A côté de ces deux hormones, l'une sympathicomimétique, l'autre vago-mimétique, qu'on peut prendre comme les meilleurs types des descriptions, il existe dans les organes et les tissus toute une série de corps, dont quelques-uns sont bien définis chimiquement, qui agissent sur le système cardio-vasculaire. C'est ce que j'avais constaté dans des recherches qui remontent à une trentaine d'années. J'avais commencé par étudier les extraits de foie. Mais les extraits obtenus en faisant macérer des organes dans de l'eau salée renferment des produits arrachés artificiellement des tissus, notamment des matières protéiques constitutives qui sont toxiques et exercent une action hypotensive banale. Il m'a semblé préférable d'opérer sur des organes qu'on a laissé autolyser aseptiquement. Au bout de huit jours, les albumines sont coagulées et les produits qu'on extrait par macération dans l'eau salée, véritables produits de désassimilation, sont dénués de toxicité et doués de propriétés nouvelles. J'ai constaté ainsi que les extraits de foie autolysé injectés dans les veines exercent une action hypertensive fort marquée. Le tracé que j'ai fait reproduire (fig. 1) a été recueilli sur un lapin qui a reçu dans une veine, par kilogramme de son poids, 4 cm³ d'un extrait correspondant à 1 *g*. 6 du tissu. La pression artérielle a monté de 114 à 173 *mm*.; elle s'est donc élevée de 59 *mm*., c'est-à-dire de 51,7 pour 100.

En faisant des expériences analogues avec le poumon autolysé, j'ai obtenu des tracés qui semblent calqués sur ceux que donnent les extraits de foie.

La difficulté d'opérer sur des organes autolysés m'a conduit à étudier les extraits de foie hydrolysé par l'acide sulfurique ou par la baryte. C'est avec la baryte que j'ai obtenu les résultats les plus intéressants et que j'ai pu caractériser dans les extraits, complètement débarrassés d'albumine et de peptones, deux ordres de substances : les unes ont une action vagomimétique, elles abaissent la pression, ralentissent les mouvements du cœur et augmentent l'ampleur des dénivellations systo-diastoliques; le nombre des battements cardiaques peut tomber, chez le lapin, de 175 à 28 à la minute; l'électrocardiographe montre qu'il s'agit d'une bradycardie sinusale ; l'amplitude des oscillations peut passer, chez le lapin, de 2-3 *mm*. à 8 et 10 et, chez le chien, de 8-10 à 30 et 40.

Dans certaines conditions expérimentales on met en évidence un autre effet : une élévation notable de la pression, souvent consécutive à un léger abaissement initial et remarquable par l'amplitude des dénivellations systo-diastoliques. Dans une expérience faite sur un lapin la pression initiale qui était de 115 *mm*. tomba à 92, subissant ainsi un abaissement de 20 pour 100 et, presque aussitôt, remonta et atteignit 157-172, marquant une élévation de 43 pour 100. Les oscillations systo-diastoliques étaient de 15 *mm*.

En essayant de purifier les extraits hépatiques, j'ai constaté que les substances actives ne sont pas précipitées par le sublimé, qu'elles sont solubles dans l'alcool et qu'elles traversent la membrane du dialyseur.

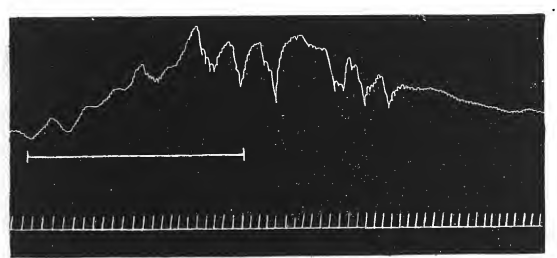


Fig. 1. — Lapin. Injection intraveineuse d'un extrait de foie autolysé.

Les extraits éthérés repris dans l'eau salée exercent une action fort curieuse. Injectés dans les veines d'un lapin, ils produisent une élévation de la pression artérielle, sans abaissement initial, de 40 à 45 pour 100, avec augmentation des dénivellations systo-diastoliques. En même temps, ils suppriment l'action du pneumogastrique sur le cœur. La faradisation du nerf dans la région cervicale ne produit aucun effet, même quand les bobines sont au contact. Cette action paralytique se prolonge pendant un temps assez long : ce n'est qu'au bout de vingt ou vingt-cinq minutes que le nerf récupère

son action. Je n'ai pas isolé ce produit vago-paralytique; j'ai simplement constaté qu'il donne avec le chlorure de platine un sel insoluble, déliquescent, cristallisant sous forme de longues aiguilles[1].

Ce qui semble établir que des substances agissant sur le système cardio-vasculaire sont réellement élaborées par le foie, c'est que plusieurs savants en ont démontré l'existence soit en injectant des liquides de perfusion[2], soit en utilisant des extraits hépatiques[3]. Ceux-ci renferment une substance hypotensive mise en évidence par Harrower, Macallum, Mc Donald et Burnett[4].

De toutes ces expériences déjà anciennes on peut conclure que le foie élabore et renferme des substances cardio-vasculaires nombreuses et disparates. Cette conclusion trouve une confirmation dans une note récente de J. Vial et H. Savet[5] qui ont extrait du foie, lavé par une circulation d'eau, une substance vaso-constrictive et hypertensive. C'est une substance azotée ne contenant pas de phosphore et ne donnant pas la réaction du biuret. Elle a été obtenue à l'état d'une poudre blanc jaunâtre, soluble dans l'eau alcalinisée par 5 pour 1.000 de carbonate de soude. Une dose de 2 *cg.* par kilogramme suffit à provoquer chez le chien une réno-constriction très marquée et durable.

Mes recherches sur les substances cardio-vasculaires contenues dans le foie peuvent être mises en parallèle avec les recherches que j'ai poursuivies sur le rein. J'ai utilisé la même méthode et j'ai étudié comparativement les produits de l'autolyse spontanée, de l'hydrolyse acide et de l'hydrolyse alcaline par la baryte[6]. Contrairement à l'autolysat hépatique et à l'autolysat pulmonaire, qui sont hypertenseurs, l'autolysat rénal provoque une chute marquée de la pression artérielle, avec ralentissement des battements cardiaques et exagération des dénivellations systo-diastoliques. Puis la pression remonte et dépasse légèrement la normale, l'amplitude des systoles pouvant passer de 2 à 15 et 20 *mm*.

L'effet est comparable à celui que produit l'excitation du pneumogastrique, avec une chute initiale un peu moins brusque et une action cardiaque plus forte et plus prolongée.

Les produits de l'hydrolyse artificielle exercent une action analogue, mais encore plus marquée ; quand il est suffisamment concentré, l'extrait est capable de déterminer une syncope mortelle, ce que ne fait jamais l'excitation électrique du pneumogastrique. L'action n'est nullement modifiée par la vagotomie double, mais elle est totalement annihilée, aussi bien chez le chien que chez le lapin, par une injection préalable de sulfate neutre d'atropine. On observe alors une transposition des phénomènes : l'extrait rénal au lieu d'amener la chute de la pression, en détermine une élévation. On arrive ainsi, par ce procédé, à mettre en évidence dans les extraits rénaux de deux ordres de substances antagonistes : les unes hypotensives, les autres hypertensives.

L'étude de la question a été reprise dans mon laboratoire par L. Justin-Besançon[7] qui est arrivé à des résultats extrêmement intéressants. Il opère sur des reins de chien qui ont été laissés à l'étuve pendant huit heures et, dans quelques expériences, pendant quarante-huit. Après quoi, il perfuse l'organe avec une solution isotonique de chlorure de sodium ; il fait passer 50 cm^3 de liquide sous une pression de 6 à 10 *cm.* de mercure et injecte à des chiens, par la voie intra-veineuse, le liquide ainsi obtenu. On observe une chute initiale de la pression presque aussitôt suivie d'une élévation énorme, qui peut persister vingt et vingt-cinq minutes et jusqu'à une demi-heure. Puis la pression revient lentement à son chiffre normal sans qu'il se produise d'hypotension secondaire. En même temps, les mouvements cardiaques se ralentissent et les dénivellation systo-diastoliques s'intensifient. Si l'on répète les injections de cet autolysat, on constate que la chute initiale de la pression est de moins en moins marquée, tandis que l'hypertension s'accuse davantage et que les battements cardiaques deviennent plus intenses. Ainsi dans les produits autolytiques du rein, c'est-à-dire dans les produits du métabolisme normal, se trouve démontrée la présence, à côté d'une substance vago-mimémitique, d'un produit hypertenseur extrêmement actif. Le tracé que nous donnons (fig. 2) recueilli sur un chien chloralosé peut servir de modèle : après une chute passagère de 22 pour 100, la pression a monté de 67 pour 100 au-dessus de son point initial.

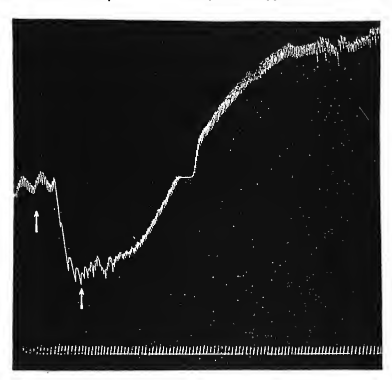


Fig. 2. — Chien. Injection intraveineuse d'un autolysat rénal.

L'étude des produits hypertenseurs d'origine rénale a trouvé un regain d'actualité avec les travaux de Goldblatt qui annonça, en 1932, qu'il avait réussi à créer chez le chien des hypertensions permanentes par stricture partielle des artères du rein. Cette importante découverte a ramené l'attention sur les recherches anciennes de Tigerstedt et Bergmann qui ont extrait de la substance corticale du rein une substance hypertensive, la rénine. De nombreux travaux, quelque peu contradictoires, ont été publiés sur la question. On en trouvera un excellent exposé critique dans un « Mouvement médical » d'André Varay[8]. H. ROGER.

1. On trouvera un exposé de ces expériences dans l'ouvrage suivant: H. ROGER : *Questions actuelles de biologie médicale*, p. 37 et p. 64-91 avec 18 tracés. 1 vol. in-8° de 195 p. (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1924. — *Cf.* H. ROGER : Physiologie du foie. *Traité de Physiologie normale et pathologique*, 3, 2e édit., 384-388 (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1939.
2. L. ASCHER : Ueber die chemische Regulierung des Herzschlags durch die Leber. *Archiv. f. gesammte Phys.*, 1925, Bd., **209**, 605.
3. E. JAMES, N. B. LANGHTON et B. MACALLUM : Studies on the control of blood pressure with hepatic extract. *Amer. Journ. of Physiologie*, 1926, **75**, 392.
4. W. J. MC DONALD et J. C. BURNETT : The effect of liver extracts on blood pressure. *Boston med. surg. Journal*, 1926, **194**, 381-388.
5. J. VIAL et H. SAVET : Présence de substances hypertensives dans les extraits hépatiques. *Soc. de Biologie de Lyon*, 22 Mars 1943 ; *C. R. Soc. Biologie*, nos 15-16, 500.
6. H. ROGER : Action des extraits de rein sur le pneumogastrique. *Société de Biologie*, 22 Octobre 1921, 710. — Action des extraits d'organes sur la pression sanguine. *La Presse Médicale*, 12 Novembre 1921, 901. — *Questions actuelles de Biologie médicale*, 53-63 avec 5 tracés.
7. L. JUSTIN-BESANÇON : *Les fonctions internes du rein*, 106-128 avec 10 tracés. 1 vol. in-8° de XVIII-370 p. (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1930.
8. ANDRÉ VARAY : Rein et substances pressives. *La Presse Médicale*, 7-10 Mai 1941, 502-506.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

23 Mai 1944.

Notice nécrologique sur M. Surmont. — M. Ameuille.

Enquête sur quelques foyers de diphtérie constatés en 1943 et 1944 en Eure-et-Loir. Résultats de la vaccination antidiphtérique. — M. G. Ramon présente une note de M. Basse et Mlle Dauvé qui montrent que, malgré la recrudescence actuelle de la diphtérie, les résultats de la vaccination ont été tangibles; sur 54 cas, 13 ont été observés chez des vaccinés (24 pour 100) et 41 chez des non-vaccinés (76 pour 100) ; les cas des vaccinés ont été généralement bénins ; tous les cas graves et les cas mortels (5, soit 9,2 pour 100) ont été observés chez les non-vaccinés.

— M. G. Ramon regrette que la loi sur la vaccination antidiphtérique obligatoire n'ait pas été immédiatement appliquée ; tous les faits prouvent que la vaccination systématiquement et correctement appliquée est capable d'amener la diminution dans de très fortes proportions de la morbidité et de la mortalité par diphtérie chez les vaccinés, même au cours d'une période de forte poussée épidémique.

Mécanisme des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien. — M. Dognon et Mlle Simonot montrent que l'étude du pouvoir floculant d'une protéine doit être faite en utilisant des suspensions floculables de *p*H différents et avec des concentrations différentes en protéine. On peut ainsi tracer un diagramme de floculation caractéristique. Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du névraxe a un diagramme très différent de la normale ; avec des suspensions de *p*H divers, il est facile d'établir une méthode simple de diagnostic.

Développement du canal lacrymo-nasal chez l'homme et coloboma facial. — M. Rouvière présente une note de MM. Cordier et Roux qui ont étudié le développement des voies lacrymales sur 11 embryons humains de 12 *mm.* à 67 *mm.* ; les canaux et le sac lacrymal naissent par bourgeonnement du conduit lacrymal ; il existe constamment un bourgeon sur la paroi externe du conduit principal, sus-jacent au cartilage temporaire para-nasal. Dans le coloboma, l'agénésie frappe toujours les voies lacrymales, au stade de lame lacrymo-nasale rattachée par son fond à l'épiblaste de la gouttière naso-lacrymale dans la forme I de Morian, plus tardivement dans la forme II.

Importance de l'étude systématique de la glycémie en chirurgie. — MM. Perves et Séranne.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

24 Mai 1944.

Sur le traitement chirurgical des phlébites des membres inférieurs. — MM. Mondor et Olivier ont vu, dans 7 cas, l'évolution être favorablement influencée par la phlébectomie.

De la diminution de la sensibilité viscérale à la suite d'une splanchnectomie. — MM. Dupont et Lebel (Mantes), à propos d'un cas d'appendicite aiguë dont les symptômes étaient frustes chez un malade antérieurement splanchnectomisé, montrent qu'il y a là un inconvénient certain et encore peu connu des opérations sympathiques, atténuant les réactions péritonéales utiles au diagnostic.

Résultats immédiats et éloignés des résections du sein pour cancer. — M. Hartmann étudie un ensemble de cas suivis de 4 à 13 ans avec 50 pour 100 de guérisons. Il semble que des opérations relativement limitées de résection du sein, à condition que la tumeur soit bien enlevée en totalité, puissent donner des résultats favorables. La récidive locale n'est pas en effet très fréquente, alors que les métastases se voient plus souvent. Certaines malades ont fait un cancer d'un autre organe. Chez d'autres les cellules cancéreuses, après avoir paru en sommeil, ont repris leur activité à très lointaine échéance.

L'aspiration duodénale continue. Règles et fautes dans la technique. Diversité, limites et erreurs dans les indications. — MM. Brocq et Eudel insistent d'abord sur la nécessité d'une surveillance régulière de l'appareillage. L'aspiration doit être vraiment continue jusqu'à la première selle. Elle doit être bien placée, ce qui est malaisé par suite de certaines biloculations gastriques réflexes. On s'aidera avec fruit du contrôle radiologique lors des examens radiographiques pré-opératoires. La sonde est inutile dans les occlusions à ventre plat, dans les occlusions par strangulation, dans les occlusions basses ou survenant lors de péritonites. Mais elle rend des services dans les occlusions post-opératoires à condition de réintervenir s'il n'y a pas de gaz 12 heures après sa pose. On peut même la placer pendant l'intervention sous contrôle de la main.

En dehors des cas d'occlusion, la sonde peut être simplement mise dans l'estomac. Elle aide à la chirurgie hépatique, colique, voire même gastrique ; peut permettre le traitement de fistules après gastrectomie.

— MM. Leveuf et Sorrel emploient l'aspiration continue chez l'enfant qui la tolère très bien.

Duodéno-jéjunostomie pour rétrécissement congénital chez un nourrisson de 3 semaines. Guérison — M. Boppe cite 1 cas de M. Brain (Saint-Quentin) et en ajoute 3 autres personnels.

— M. Fèvre en cite 2 cas.

— M. Bernard cite 1 cas de sténose lâche.

31 Mai.

Duodéno-pancréatectomie céphalique pour cancer de la tête du pancréas. — M. Alain Mouchet apporte un exemple de cette rare opération. Après gastro-entérostomie et cholécystogastrostomie, l'auteur put enlever une tumeur maligne de la tête

du pancréas. La mort survint cependant au bout de 2 mois. Techniquement, la duodéno-pancréatectomie doit être assez souvent réalisable. Il peut être indiqué de la tenter. Si l'on en croit les statistiques étrangères publiées, il est nécessaire de sérier les temps opératoires. L'auteur étudie ensuite les indications et les détails de la tactique opératoire.

— M. Bazy apporte un cas de plus et se demande si la multiplication des temps ne complique pas en créant des adhérences.

— M. Bergeret a fait 4 fois cette opération :

1er temps : gastrectomie, section du cholédoque, implantation gastro-jéjunale et cholédoco-jéjunale.

2e temps : section de l'isthme et ablation de la tête du pancréas.

Les résultats sont : 3 morts (abcès miliaires du rein, fistules duodéno-pancréatiques) et 1 guérison avec survie de 1 an. Tous les malades opérés étaient ictériques. Cette déficience du terrain est la cause principale des échecs.

Un signe clinique de perforation d'ulcus. — M. Breton. M. Moulonguet, rapporteur. L'auteur propose de rechercher une petite zone de sonorité interposée entre la matité hépatique et la sonorité pulmonaire. Cette sonorité spéciale correspondrait à l'épanchement gazeux décelable à la radiographie.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

26 Mai 1944.

Syndrome de Looser-Debray-Milkman, ostéopathie de famine et ostéomalacie. — MM. S. de Sèze, A. Ryckewaert et Durand présentent 3 nouvelles observations d'ostéopathies de famine, dans lesquelles les fractures ou pseudo-fractures bilatérales du bassin ou des membres sont associées à de très importantes déformations ostéomalaciques, vertébrales ou pelviennes, avec décalcification diffuse étendue à l'ensemble du squelette. Ce sont de telles observations qui permettent de considérer le syndrome de Looser-Debray-Milkman comme un aspect clinique et radiologique particulier de l'ostéomalacie, entrant très fréquemment dans le cadre nosologique des ostéopathies de famine.

Un nouveau cas de maladie polykystique suppurée opérée avec succès. — MM. E. Rist, Pruvost, Robert Monod et Depierre. Il s'agit d'un jeune adolescent de 14 ans qui présente un syndrome de suppuration bronchopulmonaire, fétide par intermittences, depuis plusieurs années. Se présentant cliniquement comme une bronchiectasie de la base gauche, la lésion se révéla être en réalité une maladie polykystique, comme le laissait deviner l'exploration radiologique avec ses images kystiques, comme le prouva l'examen de la pièce après lobectomie.

L'exérèse fut conseillée en raison du caractère tenace et fétide de la suppuration. Les résultats en furent excellents puisque le malade est actuellement guéri depuis plus de 2 ans sans fistules. C'est un exemple de plus qui incite à intervenir sans trop tarder quand on se trouve en présence de lésions de ce genre circonscrites, compliquées, sans grand espoir de guérison par les moyens médicaux.

Trois cas de cancer bronchique reconnus par la bronchoscopie à la période prédiologique d'irritation bronchique. — MM. Roger Even et Jacques Lecœur relatent 3 cas de cancer bronchique diagnostiqués de façon précoce grâce à la bronchoscopie, avant que le cancer ait donné des signes radiologiques directs ou indirects dus aux troubles de la ventilation pulmonaire. A cette phase d'irritation bronchique les seuls signes du cancer sont la toux, l'expectoration muqueuse ou muco-purulente et, dans 1/4 des cas, des hémoptysies (franches ou expectoration striée de sang). Il n'existe aucune manifestation générale, aucun signe à l'examen clinique et radiologique. Seule la bronchoscopie permet de reconnaître le cancer et de le traiter chirurgicalement. Dans 1 des cas relatés la pneumectomie a été suivie d'une survie de près de 1 an.

Valeur pratique dans les infections graves du nourrisson de la réponse du taux de prothrombine à l'apport de vitamine K. — MM. Marcel Lelong, A. Rossier et J.-P. Soulier ont pratiqué des dosages de prothrombine en série dans le sang de 20 nourrissons atteints d'infections parentérales graves à type toxique ou subtoxique et recevant de la vitamine K. Ils ont utilisé une microméthode spéciale due à J.-P. Soulier. La majorité de ces cas concernent des oto-antrites aiguës ou subaiguës.

Cette étude autorise les conclusions suivantes : 1° les infections parentérales graves à type toxique du nourrisson s'accompagnent d'une hypothrombinémie qui met le malade en puissance d'hémorragie et commande l'administration préventive de vitamine K; 2° le retour immédiat à la normale de la prothrombine du sang à la suite du traitement et sa persistance à la normale sont d'un bon pronostic; 3° la rechute d'une hypoprothrombinémie passagèrement corrigée incite à un pronostic réservé; 4° le non-relèvement du taux initial de prothrombine après vitaminothérapie est de pronostic fatal. Dans ce cas on doit incriminer un trouble de la formation hépatique de la prothrombine.

Crises d'épilepsie spontanée après électro-choc. Découverte d'une tumeur cérébrale. Guérison post-opératoire. — MM. Jean Delay, Petit-Dutaillis, Ch. Durand et Mlle Jouannais présentent une malade qui, quelques mois après une série de 6 électro-chocs faite pour un état dépressif, eut des crises d'épilepsie spontanée qui furent attribuées à tort à cette thérapeutique. Un examen systématique révéla en effet chez elle une acalculie, une agraphie et une agnosie digitale, l'ensemble réalisant le syndrome de Gerstmann, caractéristique d'une lésion pariéto-occipitale gauche, dont une ventriculographie montra l'origine tumorale. L'intervention révéla un schwanome siégeant effectivement dans cette région. L'ablation de la tumeur fut suivie d'une guérison complète de tous les troubles. Les crises comitiales apparues après l'électro-choc n'étaient donc pas dues à cette thérapeutique, mais bien à une tumeur cérébrale jusqu'alors méconnue.

Le contrôle électro-encéphalographique de la thérapeutique par l'électro-choc. — MM. Jean Delay, P. Neveu et Mme Lerique-Koechlin ont étudié les modifications des ondes cérébrales pendant et après l'électro-choc. Les modifications bio-électriques contemporaines des convulsions sont identiques à celles de l'épilepsie spontanée : la phase tonique est marquée par une tachyrythmie avec énorme augmentation de l'amplitude, la phase clonique par des bouffées de pointes rapides, la phase comateuse par des grandes ondes lentes qui disparaissent avec le retour de la conscience. Chez 25 à 30 pour 100 des malades examinés après des séries d'électro-chocs le rythme électrique présente des anomalies consistant en bradyrythmie de types divers, les unes légères, les autres intenses, les unes sans augmentation, les autres avec augmentation de l'amplitude. Chez la plupart des sujets les altérations sont peu durables, mais on les a vu persister plusieurs semaines après la dernière séance. Elles sont nettement plus fréquentes, plus intenses et plus durables chez les sujets ayant eu de nombreux électro-chocs. Aussi les auteurs conseillent-ils de ne pas dépasser dans une 1re série 12 électro-chocs et de faire 10 jours après la dernière séance un examen électro-encéphalographique, la persistance des grandes ondes lentes, signe de souffrance cérébrale, contre-indiquant au moins provisoirement la reprise du traitement convulsivant.

Méningite prolongée à pneumocoques. Sulfamidothérapie intensive par le 2632 RP. — MM. P. Michon, R. Rousseaux et M. Vérain (Nancy). Chez une femme de 53 ans la sulfamidothérapie classique par le thiazol et le 1162 F n'a qu'une action imparfaite. Du 24 Novembre au 14 Janvier 387 g. au total ont été administrés par diverses voies et pourtant, malgré l'adjonction d'auto-vaccin, le syndrome méningé ne cède pas, la fièvre se maintient au-dessus de 38° et le liquide cultive. Alors que l'intolérance et la cyanose sont gênantes pour des doses journalières de 12 g., la sulfaméthylpyrimidine peut être donnée par doses quotidiennes de 20 g., 40 g. et, par la suite, 50 g. sans incident pénible et avec une tolérance très satisfaisante. En 4 séries de traitement, du 15 Janvier au 26 Février, 448 g. en tout sont donnés *per os* amenant la disparition du syndrome méningé et une amélioration du liquide telle qu'il ne cultive plus le 25 Février. La malade, qui échappe ensuite à l'observation, n'en succombe pas moins le 10 Avril, sans avoir repris de 2632 RP. Elle semble avoir fait de nouvelles reprises évolutives de l'infection, dont 8 recrudescences avaient été notées auparavant.

Hernies médiastinales et pneumothorax thérapeutique bilatéral. — M. André Piérart rapporte une observation de tuberculose du poumon droit traitée par pneumothorax artificiel. Les bacilles disparaissent immédiatement pour reparaître au bout de 18 mois sans lésion visible. Une bronchoscopie faite alors découvrit une sténose serrée de la bronche souche droite. L'entretien du pneumothorax droit produit à gauche une hernie médiastinale qui occupe toute la région apicale gauche et la région sous-claviculaire. Au bout de 1 an, des lésions gauches apparaissent pour lesquelles est créé un second pneumothorax. La hernie de la plèvre droite disparaît à gauche mais, par le même collet herniaire, la plèvre gauche semble se retourner et donne, à droite, une hernie de 5 *cm.* de flèche. Le lipiodol injecté à gauche pénètre dans cette hernie et 2 hernies plus petites sous-jacentes. Le volume des hernies, fonction des insufflations, oblige à conduire celles-ci avec prudence au détriment des lésions pulmonaires sous-jacentes qui ne sont pas parfaitement collabées.

Il s'agit donc d'un médiastin antérieur folié comme chez le chien. C'est le premier exemple rencontré chez l'homme.

Les problèmes de la coexistence d'une sténose bronchique avec ces hernies pleurales et celui du traitement ne sont pas résolus.

P.-L. Marie.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

3 Février 1944.

Valeur de la technique de pesée des corps microbiens avec essorage préalable. — MM. Paul Hauduroy et René Sansonnens. Cette technique est imparfaite, les résultats étant entachés d'un important coefficient d'erreur qui, de plus, varie avec chaque expérience.

Action de l'aneurine sur le développement des embryons d'orchidées. — MM. J. Magrou et F. Mariat. L'aneurine exerce une influence favorisante très nette sur la croissance du tubercule embryonnaire et sur la différenciation des plantules de cattleya.

Un nouveau réactif biologique de l'acide p-aminobenzoïque; le trypanosomide « Strigomonas oncopelti ». — Mme Marguerite Lwoff et M. André Lwoff. L'acide *p*-aminobenzoïque à des concentrations très faibles inhibe l'action empêchante exercée par le *p*-aminophénylsulfamide sur *Str. oncopelti*

Activité antimicrobienne des sulfamidodiazines. — MM. F. Nitti, J. Cosar et F. Boyer. Ces corps ont une remarquable activité antimicrobienne *in vitro* et *in vivo*. Leur très faible toxicité et leur très grande tolérance chez l'homme, même à des doses considérables, rendent leur emploi clinique extrêmement intéressant.

Action sur l'organisme de la p-aminophénylsulfamido-2-pyrimidine et de la méthyldiazine. — MM. René Martin, Bernard Sureau et Mlle Yvonne Joyeux. Ces deux corps sont les moins toxiques des sulfamides pour une efficacité égale. L'organisme les tolère d'une façon remarquable. On arrive à obtenir, dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, des concentrations jamais atteintes jusqu'ici.

Sur un antigène de nature granulaire du bacille tuberculeux. — M. R. Laporte. Les granules tuberculigènes obtenus par centrifugation prolongée à 8.000 t/m de suspensions en eau distillée de B. tuberculeux sont doués de propriétés antigéniques : production d'anticorps spécifiques et sensibilisation du cobaye sain envers la tuberculine.

Recherches sur les nucléoprotéides des micro-organismes. II. Sur la nature des protéides phosphorés des levures. — M. R. Sarciron.

Au sujet de la note de MM. Machebœuf, Viscontini et Raynaud sur « La stabilité entre agglutinines et bactéries ». — M. R. Pons.

2 Mars.

Sur la protéine de la grasserie du ver à soie. III. Etude de certains de ses groupements libres. — M. P. Desnuelle et Mlle Chang Chi Tan étudient le blocage des groupements libres des protéines du virus de la grasserie, responsables selon toute vraisemblance de l'activité physiologique des molécules.

Utilisation des méthodes bactériologiques dans la lutte contre les parasites de la farine. — M. S. Metalnikov. Les spores de microbes sporogènes, sous forme de poudre, inoffensives pour l'homme et les animaux, sont très virulentes contre les teignes de la farine *Ephestia elutella*.

Recherches sur un nouveau coccus anaérobie : « Staphylococcus activus » n. sp. — MM. A.-R. Prévot et J. Taffanel. Microbe isolé chez une femme ayant succombé à une infection puerpérale. Caractéristiques du microbe, qui n'a aucun pouvoir pathogène pour les animaux d'expérience et n'est agglutinable par aucun des sérums de collection.

Les modalités du phénomène de Koch au cours de la période allergique de la tuberculose du cobaye. — MM. P. Gastinel et H. Brocard. Si quelques cobayes donnent constamment un phénomène de Koch, la plupart fournissent des réponses très irrégulières, sans que ces variations aillent de pair avec des fluctuations parallèles des réactions à la tuberculine.

Les agressines bactériennes et le mécanisme de leur action favorisante spécifique sur l'infection. — MM. A. Boivin et A. Delaunay. Les antigènes glucidolipidiques exercent sur les infections une action favorisante qui relève d'un double mécanisme : non spécifique (effet inhibiteur sur la diapédèse) et spécifique (effet neutralisant sur l'anticorps O répondant à la bactérie d'où provient l'antigène).

Augmentation progressive du titre bactériophagique en l'absence de multiplication bactérienne appréciable dans certains échantillons autoclavés d'eau de rivière. — Mme A. Guelin. Dans des tubes ensemencés de *B. coli* et de bactériophage *coli*, les microbes disparaissent progressivement, tandis que la quantité de bactériophages augmente à partir de 24-48 heures, pour atteindre, après 10 à 20 jours, un nombre pouvant s'élever à 30.000 fois celui du début.

Recherche du bacille de Koch dans les expectorations, les liquides pleuraux, etc. par la méthode de moussage-essorage. — MM. L. Cruveilhier, M. Faguet et Mlle N. Grandjean ont retrouvé, par la méthode de moussage-essorage, la présence de bacille de Koch dans les expectorations, etc., d'un grand nombre de malades (23 sur 55 examinés), chez lesquels les recherches par les méthodes usuelles avaient été négatives.

Photomètre différentiel pour l'enregistrement automatique des courbes de croissance bactérienne. — MM. P. Bonet-Maury et R. Walen.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

17 Mars 1944.

Chylopéritoine monstre et pancréatite totalement muette. — M. Beaussenat rapporte l'observation d'un homme de 42 ans qui présentait une ascite énorme (16 litres) laquelle, à l'intervention, se révéla être chyliforme en même temps qu'il fut constaté la présence d'une pancréatite ayant évolué sans douleur. Drainage prépancréatique. Guérison.

A propos de la radiothérapie post-opératoire dans le cancer du sein. — M. M. Joly est partisan des doses réduites, une seule séance, tous les 3 mois, pendant 2 ans, de façon à obtenir la sclérose du champ présumé infesté de cellules cancéreuses. Sa statistique donne ainsi 74 pour 100 sans récidive ni métastases.

Grossesses tubaires bilatérales simultanées. — M. Auclair. M. L. Bonnet, rapporteur.

A propos d'une grossesse ectopique abdominale de 5 mois. — M. Auclair. M. L. Bonnet, rapporteur.

20 Avril.

Luxation acromio-claviculaire à forme dite complète. — M. Séjournet, intervenant pour un de ces cas et la suture bout à bout des deux ligaments coraco-claviculaires n'ayant pas suffi à maintenir le déplacement, a dû renforcer la suture de l'articulation par un fil d'argent.

Au sujet du traitement des perforations typhiques. — M. Et. Bernard, redoutant les perforations itératives, conseille la prudence : extériorisation de l'anse perforée, associée à la pose d'une sonde dans la perforation.

Fibrome du ligament rond. — M. Masmonteil relate une observation de la variété abdominale de cette lésion.

Kyste hydatique musculaire de la loge antéro-externe de la jambe. — M. Chureau (de Châtillon-sur-Seine) apporte 1 cas de cette affection, rarissime en France, traitée par l'ablation complète de la poche. Guérison sans incidents.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

8 Février 1944.

Sur un cas de double ulcère de la face postérieure de l'estomac. — M. Nemours-Auguste. Présentation d'un cas de 2 ulcères de la face postérieure de la portion verticale de l'estomac, situés l'un au-dessus de l'autre. Malade de 64 ans présentant un syndrome ulcéreux depuis 10 ans. L'examen radiologique montre des signes indirects de biloculation organique de la portion verticale et distension de la région horizontale.

Un des ulcères se laissait voir dans une position, les deux dans une autre position.

Ainsi l'auteur pense qu'il n'existe pas de technique spéciale d'examen pour déceler un ulcère gastrique de la face postérieure. Il suffit de suivre rigoureusement la technique classique d'un examen gastro-duodénal pour mettre en un de ses temps un ulcère de face en évidence.

Sur les avantages du bilisélectan pour la cholécystographie. — M. Nemours-Auguste fait 42 cholécystographies avec ce nouveau produit et il confirme son opinion précédente et celle des auteurs qui l'ont employé.

Absorption agréable; absence de toxicité; aucun retentissement sur l'estomac ou l'intestin; rapidité du remplissage de la vésicule; constance des résultats; bonne opacité de l'ombre; possibilité d'une cholécystographie rapide.

L'auteur pense qu'en raison des qualités du bilisélectan et de l'association si fréquente des maladies des organes du carrefour supérieur droit, il serait bon d'examiner d'une façon routinière la vésicule au cours de tous les examens gastro-duodénaux.

Etude physique du rayonnement d'un tube Philips de contact-thérapie. — MM. Frilley et Dauvilliers. Etude au point de vue physique, des conditions d'utilisation d'un tube de contact-thérapie. Les mesures ont porté sur :

1° Les doses à la peau, en fonction de la distance tube-peau et de la filtration; 2° les rendements en profondeur et le rayonnement diffusé; 3° les épaisseurs des couches de demi-absorption; 4° la répartition du rayonnement dans l'étendue du champ et la protection.

Le diagnostic radiologique du kyste de l'ovaire à développement abdominal, pseudo-ascitique, après ponction exploratrice et insufflation d'air : le pneumokyste. — M. Fourestier. En cas de diagnostic particulièrement difficile entre ascite et kyste ovarien à développement abdominal, il est possible d'arriver à la certitude en pratiquant un examen radiographique de l'abdomen après ponction exploratrice de 100 à 150 cm^3 de liquide et introduction par la même aiguille (sur la ligne médiane à 3 *cm.* au-dessous de l'ombilic) d'une quantité équivalente d'air atmosphérique filtré ou d'oxygène. Si la collection liquidienne est une ascite, l'image est celle d'un pneumopéritoine. En cas de cavité kystique, l'air emprisonné dans la poche réalise un croissant hydro-aérique, médio-abdominal, dessinant la convexité du kyste. Le contraste entre ces 2 images — pneumopéritoine et pneumokyste — est saisissant et assure le diagnostic d'ascite ou de kyste.

Invagination iléo-iléale et iléo-cæcale par tumeur du grêle (présentation de clichés). — MM. Devois et Proux. Il s'agissait d'un malade de 35 ans chez lequel une volumineuse dilatation de la 2e portion du duodénum fit soupçonner, avant tous autres signes, une atteinte cæcale. Les examens complémentaires permirent alors de déceler une tumeur du cæcum qui se révéla à l'intervention être une invagination provoquée par une petite tumeur de l'iléon terminal.

Aspects schématiques des ventriculogrammes dans les tumeurs frontales et pariétales. — MM. Sthul et Mion. L'étude des résultats donnés par les 5 incidences fondamentales permet dans la majorité des cas de faire le diagnostic de localisation, à condition de considérer les 5 clichés comme un tout. La comparaison des 2 incidences frontales est intéressante dans le but de rechercher si les perturbations des images ventriculaires prédominent sur le film front-plaque ou nuque-plaque. Le cliché pris en nuque-plaque renseigne surtout d'après l'extrémité ventriculaire qui se trouve amputée. Enfin, sur les profils, la direction du plan de compression est particulièrement significative.

Classification des cancers du larynx (en vue des indications thérapeutiques). — M. Mathey-Cornat.

Le repérage et les mensurations par la méthode de transposition stéréoradiographique. — M. Chaussé.

A. Dariaux.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

23 Mars 1944.

Polyurie chronique et œdèmes périodiques chez une cachectique sous-alimentée. Intervention probable de l'hypophyse. — M. L. Langeron rapporte l'histoire anatomo-clinique d'une malade ayant présenté, dans des conditions alimentaires insuffisantes, une polyurie habituelle réalisant un petit diabète insipide, accompagné d'un tableau clinique évoquant le « Simmonds » et surtout d'œdèmes périodiques rythmés à la façon de la fonction menstruelle. La malade était porteuse d'un fibrome dont l'extirpation amena la mort. On trouva une hypophyse en état d'hyperplasie. L'auteur, discutant les diverses hypothèses pathogéniques possibles, retient celle probable d'un trouble hypophysaire de sens opposé, permanent pour la polyurie, périodique pour l'œdème, survenu sous l'influence de la sous-alimentation.

Anastomoses artério-veineuses au niveau du réseau admirable carotidien chez le veau. — M. Legait (Nancy) a étudié chez le veau le *rete mirabile caroticum* qui est le résultat de l'anastomose, de la carotide, de l'occipitale et de la vertébrale. Les anastomoses artério-veineuses de ce réseau sont comparables aux glomus neuro-vasculaires de Masson. Cette constatation montre qu'il faut attribuer au *rete caroticum* un rôle mécanique dans la régularisation de la tension cérébrale. Il prend ainsi la signification d'un lacis artériel auquel seraient annexés des éléments ganglionnaires non phæochromes.

Electro-choc et régulations neuro-endocriniennes. — MM. Jean Delay, Soulariac, Rivière et Corteel ont étudié l'action de l'électro-choc sur la régulation neuro-endocrinienne et ils concluent qu'elle s'exerce par l'intermédiaire du système hypophyso-diencéphalique. Le syndrome sympathique et spécialement l'hyperglycémie ne peut être rapporté à la seule excitation médullo-surrénale car il s'observe encore chez l'animal surrénalectomisé, il peut être reproduit par excitation hypophyso-diencéphalique. L'électro-choc produit d'autre part diverses modifications du cycle sexuel : raccourcissement du cycle, aménorrhée hyperhormonale, syndrome intermenstruel. L'expérimentation faite chez la rate démontre clairement par le test de l'hyperkératinisation vaginale l'augmentation de l'activité œstrogène.

Etat de développement du segment tubuleux de la sous-maxillaire chez les souris castrées à la naissance. — Mme Jeanne Raynaud. Consécutivement à la castration des souris mâles à la naissance, le développement du segment tubuleux de la sous-maxillaire reste très inférieur à ce qu'il est chez les mâles normaux. Cependant cette opération ne produit pas une atrophie complète de ce segment.

La castration, à la naissance, chez les souris femelles, n'entraîne aucune modification du développement du segment tubuleux de leurs sous-maxillaires; ce développement s'effectue d'une façon tout à fait comparable à celui que l'on observe chez les femelles normales.

Il est possible que les surrénales jouent un rôle en l'absence des glandes génitales.

Etude histologique de la glande thyroïde des mulots « Apodemus sylvaticus » L.) capturés à différentes époques de l'année. — M. A. Raynaud. La glande thyroïde du mulot présente des variations structurales et fonctionnelles au cours des différentes saisons de l'année. En hiver, les divers aspects histologiques témoignent d'une légère activité thyroïdienne. Chez la plupart des animaux capturés au printemps les vésicules thyroïdiennes sont plus larges et les vacuoles de résorption plus nombreuses ; mais ce n'est qu'en Août, Septembre, Octobre que le maximum d'activité de la glande paraît atteint. Cependant des variations individuelles se superposent à ces modifications saisonnières générales.

L'insuffisance surrénale du scorbut. Action des extraits corticaux et de la désoxycorticostérone. — M. A. Ratsimamanga. Au cours de l'insuffisance en vitamine C il y a une déficience surrénale caractérisée par de l'adynamie, ainsi que par la diminution du taux de l'hormone corticale estimée par le test de la semi-contraction.

L'auteur constate que cette insuffisance est palliée par l'administration d'extraits totaux du cortex : ce qui permet une augmentation manifeste de la survie. L'évolution n'est pas modifiée, par contre, par la désoxycorticostérone. Cette différence d'action doit être due à la présence dans les extraits des diverses hormones corticales dont la désoxy ne constitue qu'un des éléments.

La fonction mélanophorique de l'hypophyse et ses relations avec la thyroïde. — MM. A. Giroud, Ph. Kfouri et M. Martinet. Une série de faits révèlent que l'hypophyse, par son hormone mélanophorique, détermine l'étalement des chromatophores et la production du pigment, et qu'inversement la thyroïde a une action dépigmentante. Les auteurs montrent que, chez le rat sans thyroïde, l'hormone mélanophorique augmente dans l'hypophyse et qu'inversement, chez les rats recevant de la thyroxine, cette hormone diminue. Il y a donc, en ce qui concerne la fonction pigmentaire, une interaction de ces deux glandes.

Note préliminaire sur 10 cas de biopsie fonctionnelle du testicule. — M. R. Palmer. M. Mocquot, rapporteur.

Poussée douloureuse mammaire aiguë chez une jeune fille avec chiffres élevés d'hormones gonadotropes et de folliculine. — MM. Claude Béclère, H. Simonnet et Kudelski.

Traitement préventif de la crise aiguë post-opératoire des hyperthyroïdiens pour la thyroxine. — MM. L. Gayral et E. Courty. M. Sendrail, rapporteur.

Follicule cavitaire non rompu en transformation progestative dans un ovaire féminin. — M. G. Dubreuil.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

17 Janvier 1944.

Un cas de syndrome de Van Der Hoewe (sclérotiques bleues, fragilité osseuse, surdité). — MM. A. Aubin, Clerc et Labayle. Il s'agit d'un homme de 22 ans, porteur d'un syndrome absolument typique. Les auteurs ont pu établir qu'il ne s'agissait dans ce cas ni d'une otospongiose, ni d'une neuro-labyrinthite syphilitique. Les audiogrammes ont en effet prouvé, d'une part la liberté complète du jeu ossiculaire et, d'autre part, la prééminence de l'oreille moyenne dans l'étiologie de cette surdité. Il s'agirait donc bien d'une véritable impotence fonctionnelle de l'appareil de transmission, peut-être liée, comme l'avait supposé M. Mée, à la laxité ligamentaire, symptôme habituel de la maladie.

Sur le diagnostic du botulisme et de la paralysie diphtérique. — M. A. Aubin montre les difficultés de ce diagnostic avec la diphtérie ; impossible au début s'il existe une angine parfois diphtéroïde ; plus tard ce diagnostic se base sur la date d'apparition et les caractères particuliers des paralysies botuliques. A noter chez le malade l'apparition d'une impuissance génitale transitoire que l'on ne rencontre jamais dans la diphtérie. Pour mettre en valeur la diphtérie, l'auteur préfère les renseignements donnés par les ensemencements à ceux donnés par la réaction de Schick.

Coïncidences fâcheuses dans la bronchoscopie. — M. J.-M. Lemoine rapporte les observations de sujets ayant succombé à une hémoptysie quelques jours ou quelques heures avant la bronchoscopie projetée. Les faits peuvent avoir un intérêt médico-légal.

Au sujet des crises épileptiformes provoquées par l'anesthésie par contact. — MM. Brémond et P. Claustre rapportent plusieurs cas dans lesquels la butelline semble avoir été l'origine de graves accidents.

Un cas de tractus thyréoglosse total à trajet préhyoïdien. — MM. A. Aubin et Cachin.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

14 Février 1944.

Considérations cliniques et anatomiques à propos d'une tumeur cérébrale. — MM. L. Marchand, J. Rondepierre et D. Colomb montrent un glioblastome (partie antérieure du noyau lenticulaire et du noyau caudé droits) ; trouvaille d'autopsie (diagnostic posé: artériopathie cérébrale). Début des troubles par hémiplégie à évolution régressive, hypotension, résultat négatif de la ponction lombaire (âge de la malade : 62 ans). Le syndrome mental a été d'abord celui d'une manie confusionnelle, pour se transformer en un état démentiel. La ventriculographie aurait pu rectifier le diagnostic, la tumeur oblitérant la moitié antérieure du ventricule latéral droit.

Démence précoce à manifestations tardives. — MM. Heuyer et Rouault de La Vigne. Démente précoce âgée de 47 ans et fixée dans un état d'affaiblissement intellectuel simple à forme de dissociation, sans délire, le trouble portant uniquement sur les fonctions supérieures d'association et de synthèse.

Un cas de forme amnésique pure de paralysie générale. — M. Guiraud et Mme Leulier. Paralysie générale à forme amnésique, indiscutable (liquide céphalo-rachidien + signe d'Argyll-Robertson). Amnésie pure, sans fabulation ni fausses reconnaissances, avec intégrité du fond mental.

Analyse des troubles du langage dans une maladie de Pick. — MM. J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux. La maladie de Pick peut réaliser les deux types de dissolution du langage : psychiatrique (atteinte du langage en tant qu'activité intellectuelle), neurologique (qui répond aux formes classiques aphaso-agnoso-apraxiques).

Narcolepsie, cataplexie, hallucinose avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité. — MM. Male et Ajuriaguerra.

28 Février.

Morphologie et psychiatrie (3e note). Les profils de déviation proportionnelle. — MM. Jean Delay et Paul Neveu. La notation anthropométrique en degrés de déviation proportionnelle permet des modes figuratifs de la structure corporelle à la fois analytiques (procédé classique) et synthétiques (méthode personnelle). Elle permet des combinaisons multiples et tend à exclure des études morphologiques les classifications *a priori*.

La crise tensionnelle de l'épilepsie électrique. — MM. Jean Delay, J.-L. Parrot et P. Luquet individualisent dans le post-électro-choc une crise tensionnelle diphasée, indépendante de la crise motrice avec, après un temps de latence, une phase d'hypertension souvent intense et brève, suivie d'une hypotension lente et prolongée. Avant la crise hypertensive, hypotension initiale de quelques secondes en rapport avec une bradycardie. Pathogénie de ces crises sensorielles. Cliniquement, malgré l'intensité de la crise hypertensive, les auteurs n'ont jamais observé d'accident.

L'évolution morphologique chez l'adolescent. — M. J. Dublineau. L'indifférencié du jeune âge se rapproche du pycnique de Kretschmer. Entre 14 et 17 ans, se différencie le type normal dont l'athlétique est une formule déjà excessive. L'asthénique se différencie plus précocement. Le pycnique se présente comme une forme infantile mal différenciée persistant chez l'adulte.

Aperçus anthropométriques sur quelques types d'anormaux caractériels. — MM. J. Dublineau et Gourmelon. Les types caractérologiques structuraux (impulsif-apathique, asthéno-instable) répondent à des formules typologiques différentes : athléto-pycnique pour le premier, asthéno-athlétique pour le second. Etude anthropométrique de 31 mesures chez 10 sujets, rapportées en écarts sigmatiques réduits par rapport aux moyennes d'une statistique de 300 cas.

Instabilité psychique et états schizoïdo-schizophréniques. Etude anthropométrique. — MM. J. Dublineau et Gourmelon. Même technique que ci-dessus. L'instable est un asthéno-athlétique, le schizoïde, un asthéno-pycnique. De plus, la proportion de normotypie est moindre chez ce dernier, peut-être en raison de sa « proportion névrotique » plus marquée.

La visite à la maison de santé, prélude de troubles mentaux. — M. Meuriot.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

30 Mars 1944.

Enervation sinu-carotidienne unilatérale chez un myopathique ; amélioration sensible. — MM. A. Thévenard et Léger ont effectué cette intervention chez un myopathique de 10 ans et observé une amélioration surprenante et précoce (dès le 3e jour), d'autant plus significative que l'affection n'avait jamais présenté la moindre régression et avait résisté à toutes les thérapeutiques ; au bout de 2 mois les déformations sont réduites, la force musculaire sensiblement augmentée et la résistance à la fatigue nettement accrue.

Surdité verbale avec hypoacousie bilatérale. — MM. Thiébaut, Lemoyne et Wolinetz présentent une femme de 50 ans chez qui l'on observe, après un ictus, une surdité psychique avec troubles de la série de Wernicke portant seulement sur le calcul et la musique et une hypoacousie bilatérale intéressant la perception aérienne et épargnant la perception osseuse ; les auteurs écartent l'hypothèse d'une lésion de l'oreille moyenne et concluent à l'origine corticale de la surdité; une lésion unique temporale gauche serait ainsi responsable de tout le syndrome. Les auteurs insistent sur l'intérêt des audiogrammes dans la surdité corticale.

La méningite endothélio-leucocytaire multirécurrente bénigne. — M. Mollaret présente un nouveau malade atteint de l'affection dont il a soutenu récemment l'autonomie ; un sujet de 29 ans a présenté, de 1935 à 1938, des épisodes méningés fébriles, brutaux, durant 2 jours et se reproduisant tous les mois ; la ponction lombaire pratiquée au début des accès montrait une hyperalbuminose et une forte hypercytose (2.200 cellules dont la moitié de cellules endothéliales, 1/4 de lymphocytes, 1/4 de polynucléaires) ; de nombreuses inoculations ont échoué. Au cours de l'évolution, le sujet a contracté la syphilis et le traitement antisyphilitique n'a pas modifié les épisodes méningés.

Maladie de Werdnig-Hoffmann. — MM. Heuyer, Lhermitte et Ajuriaguerra ont observé chez une enfant de 5 mois une quadriplégie rapide avec atonie très accusée, abolition des réflexes tendineux et signe de Babinski ; l'autopsie a montré l'atrophie des cellules radiculaires et des racines antérieures, la gracilité des faisceaux antéro-latéraux, la conservation du système postérieur et des altérations dégénératives des muscles. Les auteurs estiment que, ni cliniquement, ni anatomiquement on ne peut différencier la maladie de Werdnig-Hoffmann de l'amyotonie d'Oppenheim.

Effet de l'excitation électrique du segment inférieur de la moelle dans un cas de section totale vérifiée chirurgicalement. — M. Barré, ayant fait passer un courant entre une électrode fessière et une électrode mise en contact de la moelle par le drain, a constaté des modifications transitoires du syndrome de section totale : réapparition de certains réflexes, flexion vive ou extension du gros orteil après excitation plantaire, au lieu de la flexion lente normalement observée chez le blessé.

Myoclonies rythmées du voile, de la glotte et du diaphragme survenant par accès périodiques et se traduisant par du hoquet. — MM. Alajouanine, Thurel et Wolfrom rapportent un cas de myoclonies rythmées apparues peu après la constitution de lésions vasculaires de la calotte protubérantielle; les myo-

clonies sont équidistantes, au rythme de 20 par minute et chacune est constituée par une double secousse.

Disque intervertébral et hernie intra-rachidienne. — MM. Alajouanine, Thurel et Delsuc montrent qu'à la formation de la hernie prennent part le *nucleus pulposus* et la partie postérieure de l'anneau fibreux qui présente un amincissement médian; si ce point de moindre résistance cède, la hernie se constitue, mixte si elle est médiane ou paramédiane, uniquement aux dépens de l'anneau si elle est latérale.

Douleurs fulgurantes après myélotomie postérieure dans un cas d'érythromélalgie. — MM. Alajouanine et Thurel soulignent la localisation des douleurs à l'endroit du maximum de l'érythromélalgie, ce qui ne laisse aucun doute sur le rôle de celle-ci dans la pathogénie des algies qui ont tous les caractères de celle du tabes; dans ce cas, les neurones sensitifs rendus hyperexcitables réagissent par des douleurs fulgurantes en série aux excitations périphériques intrinsèques dont l'importance est augmentée par la vaso-dilatation hyperémiante.

Les faux méningiomes de la petite aile du sphénoïde. — M. Christophe (Liège) montre que le syndrome clinique et radiologique du méningiome de la petite aile du sphénoïde peut être réalisé par un anévrysme de la carotide interne ou de ses branches; de petites hémorragies rétiniennes en taches rondes sans stase peuvent plaider pour l'anévrysme et l'artériographie s'impose dans les cas douteux.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

11 Janvier 1944.

Discours de M. Roubier, président rentrant.

A propos du syndrome « Ethmoïdo-Antrite et Bronchiectasie » : une série nouvelle de 26 cas. — M. P. Mounier-Kuhn souligne la coexistence de lésions rhino-sinusiennes et de bronchiectasies ou de bronchorrhées se manifestant dès l'enfance. Il y a là une association dont aucune hypothèse pathogénique actuelle ne donne une explication satisfaisante. La probabilité d'une prédisposition constitutionnelle paraît acceptable. Le rôle de l'hérédo-syphilis sera sans doute confirmé par les observations ultérieures.

Rhumatisme chronique syphilitique. — MM. M. Levrat, J. Moinecourt et J. Begou rapportent l'observation d'un rhumatisme chronique grave, résistant à tous les traitements habituels, associé à de volumineuses adénopathies. Les résultats de la biopsie, joints à une sérologie positive, conduisirent à faire un traitement antisyphilitique. Celui-ci eut un résultat remarquable autant sur le rhumatisme que les adénopathies.

Tétanos localisé à forme paraplégique chez une femme porteur d'un vieil ulcère variqueux. — MM. Paliard, Thomasset et Perreau.

18 Janvier.

Les doigts à ressort et leur traitement médical. — M. Jacques Forestier (Aix-les-Bains) en rapporte 13 cas observés chez des sujets, surtout féminins, atteints de diverses manifestations de rhumatisme chronique. Traitement : hyperémie par l'eau thermale, massage d'écrasement, immobilisation temporaire avec lequel il a eu, en l'espace de 1 à 2 mois, des succès absolument constants.

Des inconvénients de l'à peu près dans la mesure de la vitesse de sédimentation globulaire. — MM. Jacques Forestier et Francis Gerbay (Aix-les-Bains) attirent l'attention sur l'imprécision et les inexactitudes de certaines techniques de mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, dite simplifiée, actuellement en usage. A l'aide d'expériences comparatives, ils montrent qu'une hauteur de colonne sanguine de 200 mm, exactement et l'annotation des résultats en millimètres est, à l'heure actuelle, le meilleur moyen d'étudier le phénomène. C'est pourquoi ils estiment que la méthode de Westergren reste la méthode médicale de base.

Leucémie lymphoblastique décalcifiante à forme ostéomalacique. — MM. A. Guichard, L. Revol, J. Martinon et Dame relatent le cas d'une leucémie lymphoblastique avec 180.000 globules blancs et 75 pour 100 de lymphos qui évolua en 7 mois avec de la fièvre chez un adolescent de 14 ans, sous les traits de la grande ostéo-malacie avec ses douleurs osseuses, son impotence fonctionnelle, ses lésions radiologiques typiques et généralisées.

Les arthrites rhumatismales, signe de début de la cryptoleucémie aiguë. — MM. P. Bertoye, M. Monnet et Cl. Béraud.

Angiome recto-sigmoïde associé à un angiome cutané du scrotum et du membre inférieur (présentation de malade). — MM. A. Vachon et Ph. Frieh.

25 Janvier.

Sur un nouveau cas d'érythrémie aiguë. — MM. P. Delore, J. Coudert et D. Picard. Erythrémie aiguë à évolution très rapide, chez une femme ayant présenté antérieurement un syndrome purpurique discret. Grosses anomalies cytologiques; mégaloblastose secondaire, forte prolifération histio-monocytaire de type plasmocytaire.

A propos d'une observation de gangrène en plaques des membres inférieurs. — MM. P. Ravault et P. Guinet. Chez une femme de 67 ans, apparition de lésions de gangrènes en plaques à la jambe droite, sans qu'il existe un facteur étiologique quelconque. Guérison par le traitement sulfamidé. Ces lésions doivent être assimilées à de véritables infarctus cutanés et sont à rapprocher de lésions analogues que l'on rencontre parfois au cours des artérites oblitérantes de la syphilis, du diabète, ou même des leucémies.

Deux cas de cancer de l'estomac révélés par un syndrome douloureux tardif d'évolution périodique. — M. A. Vachon.

Pancréatite syphilitique ictérigène guérie par le traitement spécifique. — MM. Savy, Vachon et Galy.

1er Février.

Gangrène en plaques des membres inférieurs prémonitrice d'un syndrome de Landry avec troubles psychiques mortels chez un grand éthylique. — MM. H. Thiers, Racouchot et Galet. Chez un grand éthylique de 54 ans, une gangrène en plaques avec évolution ulcéreuse des cuisses et du genou, sans atteinte des jambes, a précédé un syndrome de Landry avec troubles psychiques, mortel en quelques jours. Ponction lombaire normale. Intégrité des gros vaisseaux à l'autopsie.

Acrodynie grave avec manifestations encéphalitiques. Suppression des algies et du prurit après administration d'un antihistaminique de synthèse (2339 RP). — MM. Sohier et J. Grégoire relatent l'observation d'une forme sévère de cette affection accompagnée de manifestations encéphalitiques avec crises convulsives et coma. Le traitement par le 2339 RP a fait disparaître rapidement et à plusieurs reprises les douleurs et le prurit. Il paraît s'agir d'un traitement symptomatique, mais il y aurait intérêt à essayer dans d'autres cas cette nouvelle médication dont le mode d'action peut s'expliquer par les rapports existant entre l'histamino-genèse et le système neuro-végétatif, certainement atteint dans l'acrodynie.

Hyperinsulinisme. Résultat de la pancréatectomie gauche. — MM. Mallet-Guy, R. Froment et Maillet.

Taux de prothrombine et vitamine K en chirurgie biliaire. — MM. Mallet-Guy et Ronchet.

Emphysème bulleux par obstruction bronchiolaire au décours d'une pneumopathie chez un enfant. — MM. Mouriquand, Dauvergne, Papillon, Grenot et Pont.

Emphysème lobaire, emphysème bulleux et atélectasie par obstruction bronchique probable chez un enfant asthmatique. — MM. Mouriquand, Dauvergne, Papillon, Grenot et Pont.

8 Février.

Dix cas de tuberculose bronchique confirmés par la bronchoscopie. — MM. Mounier-Kuhn et Meyer rapportent 10 cas de tuberculose bronchique, confirmés par la bronchoscopie. Pour le diagnostic : intérêt de la toux quinteuse, de l'atélectasie et des modifications du calibre de la bronche-souche sur les clichés ordinaires.

La bronchoscopie confirme le diagnostic. Elle est bien supportée par les tuberculeux pulmonaires et ne paraît pas, en général, comporter de danger.

La découverte d'une tuberculose bronchique permet d'abandonner certains pneumothorax inefficaces ou d'éviter des thoracoplasties inutiles, voire dangereuses.

Atélectasie à éclipses et tuberculose bronchique. — MM. Villard et Rivollier. Observation d'une jeune fille, chez qui la constatation d'une atélectasie du L. S. droit, apparaissant et disparaissant 2 ou 3 fois par semaine, jointe à la présence de bacilles de Koch dans les crachats et à l'intégrité du parenchyme, fait porter le diagnostic de tuberculose bronchique, confirmé par la bronchoscopie.

Quelques aspects endobronchiques au cours de la tuberculose pulmonaire. — MM. Mounier-Kuhn, Angirany et Villard.

15 Février.

Iritis et spondylarthrite ankylosante. — MM. P. Ravault et L. Berthier. Statistique de 8 cas d'iritis sur 24 observations de spondylarthrite. Intérêt de cette complication pour le diagnostic précoce de la maladie, car elle survient le plus souvent au stade initial.

Un nouveau cas de myélose aleucémique mégacaryocytaire. — MM. Paliard, Guichard, Plauchu et Viallier. L'intérêt de ce cas réside dans la présence de réactions sérologiques positives dans le sang et par l'amélioration donnée par le traitement spécifique.

Un cas de syphilis gastrique pseudocancéreuse. — MM. M. Levrat et J. Moinecourt rapportent 1 observation de syphilis gastrique pseudotumorale. Le diagnostic ne fut fait qu'après gastrectomie. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic histo-pathologique.

Les ulcères de la face antérieure de la grosse tubérosité de l'estomac. Difficultés du diagnostic clinique et radiologique. — MM. M. Giroud, Cl. Béraud et G. Vignon.

Sur un cas d'hémoptysie et un cas d'urticaire généralisée après anurie par sulfamides. — MM. J. Gaté, J. Duverne et J. Pellerat.

« Erratum » à la séance du 9 Novembre 1943. — La communication intitulée « Mégaorganes, syndromes de Mikulicz et d'Ehlers-Danlos chez une hérédo-syphilitique » a pour auteurs MM. Mounier-Kuhn et Meyer; le nom de ce second auteur avait été omis.

G. Despierres.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE

18 Juin 1943.

Maladie de Schuller-Christian avec hémianopsie et crises comitiales. (Présentation de malade et radiographie.) — M. G. Aymes.

Neurogliomatose de Recklinghausen, méningiome prosagittal, hémiparésie homolatérale. Présentation de l'opérée. — MM. H. Roger, M. Arnaud et J.-E. Paillas.

Encéphalite œdémateuse sinusogène à type de syndrome de l'artère cérébrale antérieure. Cure de la sinusite et grand volet cranien décompressif. Guérison. (Présentation de l'opéré.) — MM. M. Brémond, J.-E. Paillas et R. Roche.

Sur deux syndromes dépressifs traînants guéris rapidement par l'électro-choc. — M. A. Crémieux.

Hémiplégie infantile et comitialité consécutives à une angiomatose encéphalo-trijéminée. — MM. H. Roger, Mouchette et P. Mouren.

Sur la nature anatomique du coma oxycarboné et sur la pathogénie des séquelles nerveuses. (Projection.) — MM. H. Roger, Y. Poursines et Bugard.

J. Boudouresques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

24 Novembre 1943.

Aggravation et extension de bronchectasies. Vérification par le lipiodol à 1 an d'intervalle. A propos de 2 cas. — MM. F. Petit et H. Metras. Dans la 1re observation, aggravation d'ectasies ampullaires du lobe inférieur gauche et extension à la lingula antérieurement saine, de dilatations ampullaires. Cette malade présente une forme hémoptoïque sèche. La seconde observation, plus classique, montre l'aggravation locale de bronchectasies très sécrétantes et une extension inflammatoire de l'autre côté avec aspect cylindrique pour ces bronches normales un an auparavant. Cette allure évolutive peu commune est un argument de plus en faveur de l'exérèse pulmonaire.

Spondylite avec formations ostéophytiques d'origine mélitococcique. — MM. F. Petit, J. Grisoli, H. Metras et L. Thibaux. Présentation d'une spondylite mélitococcique découverte par la recherche systématique du séro-diagnostic chez un adolescent corse, malgré l'absence de température pendant l'évolution de la spondylite. Séro-diagnostic au 1/100 et intradermo positive. Les lésions radiologiques très remarquables avec image de lombarthrie chronique se sont constituées en 5 mois.

Présentation de photographies et de malades atteints de lupus tuberculeux guéris par la méthode du fraisage. — M. J. Casabianca présente 5 photographies de lupiques guéris par la méthode du fraisage. Il fait défiler ensuite 10 malades dont 7 guéris et 3 qui ne présentent plus que quelques lupomes aberrants dont il espère la disparition prochaine.

Traitement rapide des métrites cervicales gonococciques. — M. J. Casabianca.

8 Décembre.

Les carences alimentaires, facteur de révélation. A propos d'un cas d'œdème mixte, carentiel et hypothyroïdien. — M. Audier précise qu'il existe à côté des œdèmes carentiels purs, des œdèmes carentiels mixtes où le facteur déficit alimentaire s'ajoute à d'autres facteurs étiologiques : cardiaques, rénaux, hépatiques ou endocriniens. Il rapporte l'observation d'un œdème de type carentiel qui a précédé l'évolution d'un syndrome hypothyroïdien avec dilatation cardiaque considérable. Un traitement par l'extrait thyroïdien à fortes doses a amené une régression extraordinaire de l'œdème et des dimensions de l'ombre cardio-aortique.

Les indications thérapeutiques modernes dans le fibrome du corps utérin. — M. J. Figarella. Il n'existe pas d'unité doctrinale sur cette question. De nombreuses erreurs y ont cours dans tous les milieux et l'on méconnaît les possibilités de la thérapeutique moderne. Les chirurgiens pratiquent trop d'ovario-hystérectomie.

La radiothérapie a la réputation usurpée d'être conservatrice alors que la sclérose du fibrome utérin exige la castration ovarienne physiologique.

Par ailleurs, à côté des thérapeutiques radicales, existent 2 sortes de thérapeutiques conservatrices des plus efficaces : l'hormone mâle et toute une gamme d'opérations conservatrices : myomectomie, résection subtotale de l'utérus, hystérectomies partielles avec conservation ovarienne.

Les indications recherchées à la lumière des faits qui précèdent exigent que l'on diagnostique moins de fibrome, qu'on ne traite que les fibromes avec troubles et qu'on utilise davantage les thérapeutiques conservatrices.

Trois cas d'anémie grave progressive avec déglobulisation intense et délire très améliorés par un nouveau produit opothérapique (présentation de malade). — MM. Ch. Mattei, Dejou, Gérard et Desanti. Ces 3 observations sont particulièrement intéressantes car elles montrent, d'une part, les insuccès obtenus avec les transfusions sanguines et les extraits opothérapiques banaux, d'autre part, les améliorations remarquables et rapides avec le ficarmone (Laboratoire de l'Endopancrine) fait en injections sous-cutanées au rythme de 2 ou 3 par jour pendant 2 ou 3 semaines.

22 Décembre.

L'insulinothérapie devant les restrictions actuelles. — M. A.-M. Recordier.

12 Janvier 1944.

Abcès du poumon gauche avec pneumonie zonaire suppurée à droite. — MM. P. Sarradon, A. Jullien et J. Grimaud insistent surtout sur les aspects radiologiques zonaires et mettent en valeur la rareté relative de ces ombres triangulaires au cours des abcès du poumon alors qu'on les rencontre fréquemment dans les autres pneumopathies aiguës.

Hématome traumatique intracérébral associé à un double hématome extra et sous-dural. Opération. Guérison. — MM. Ch. Mattei et J.-E. Paillas rapportent l'observation d'un homme de 37 ans qui, après un violent traumatisme cranien sans perte de connaissance, a présenté des troubles confusionnels, de la dysarthrie, un signe d'Oppenheim à droite et une stase papillaire. Il existait une fracture frontale gauche. Un volet fut pratiqué le 6e jour et permit l'ablation d'un hématome extra- et sous-dural et la ponction d'un hématome liquide de 15 cm^3, siégeant en F_1, à 1 cm. de profondeur. Suites opératoires très simples, guérison parfaite et très rapide. Les auteurs insistent sur la rareté de pareils faits et sur la nécessité de ponctionner le cerveau pour éviter la méconnaissance des hématomes cérébraux.

26 Janvier.

Transfusion et perfusion en médecine infantile. — MM. P. Giraud et M. Salmon.

9 Février.

La radiothérapie des suppurations pulmonaires. A propos de 5 observations personnelles. — M. L. Isemein et Mlle Garrouste.

OBSERVATION I. — Suppuration pulmonaire fétide du sommet gauche chez un tuberculeux pulmonaire. Traitement sans résultat par sulfamides, acétylarsan. Radiothérapie 1.080 r. Aggravation; bronchopneumonie caséeuse. Mort.

OBSERVATION II. — Abcès de la base gauche chez un homme de 50 ans. Les sulfamides, l'alcool ne donnent pas d'amélioration. La radiothérapie (12 séances, 3.000 r.) amène une guérison clinique et radiologique.

OBSERVATION III. — Suppuration de la base droite. Radiothérapie (3 séances, 250 r.), sans résultats. Guérison ultérieure après émétine, alcool, acétylarsan.

OBSERVATION IV. — Abcès de la moitié inférieure du poumon gauche. Sulfamides sans action. Radiothérapie (350 r) en 4 séances. Pas d'amélioration. Aggravation progressive et mort.

OBSERVATION V. — Suppuration du tiers moyen du poumon gauche, récidivant au même point. Sulfamides, puis radiothérapie (250 r). Guérison clinique, nettoyage radiologique.

Conclusions. — Méthode dangereuse en cas de tuberculose associée. Résultats obtenus avec des doses très variables. Peut être essayée en association avec les autres méthodes de traitement médical sans compter sur une efficacité certaine.

Crises d'angine de poitrine subintrante. Echec de l'infiltration stellaire. Stellectomie ; disparition des crises. — MM. de Vernejoul et Audier. Présentation d'un malade qui n'a plus de crises angineuses depuis une stellectomie, alors qu'il était 10 mois auparavant en état de mal angineux. La cause de l'angor résidait dans une aortite syphilitique correctement traitée depuis 2 ans. Le traitement spécifique fut sans effet sur les crises subintrantes. La stellectomie fut pratiquée malgré l'échec de 2 infiltrations stellaires gauches ayant donné les tests sympathiques habituels.

23 Février.

Cardiopathie et grossesse. — M. Audier.

8 Mars.

Sels d'or et rhumatismes chroniques. — M. L. Isemein.

PAUL SARRADON.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Février 1944.

La signification de la pression sternale. — MM. G. Giraud et T. Desmonts opposent la pression sternale du type veineux, avec ses oscillations respiratoires et sa valeur constante, à la pression de type artérialisé. La pression sternale veineuse est augmentée au cours des compressions médiastinales et, à un moindre degré, dans l'asystolie; l'amplitude des oscillations est très augmentée dans les cirrhoses; la pression est diminuée au cours des syndromes de carence. Au cours des transfusions de sang par voie sternale, elle ne commence à s'élever que lorsque la quantité de sang injecté dépasse 200 cm^3. La pression de type artériel s'observe au cours de certaines hémopathies et de la maladie de Basedow : elle se manifeste lorsque des ruptures directes capillaires viennent modifier le niveau tensionnel des lacs veineux.

Myélome diffus avec hyperprotidémie et albuminurie thermosoluble. A propos d'une observation de cet ordre. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts et H. Latour soulignent les caractères cytologiques des plasmocytes des myélomes qui sont des éléments néoplasiques et la diffusion extrême des lésions, et ils opposent les myélomes à localisation osseuse unique ou presque unique, sans albuminurie thermo-soluble ni hyperprotidémie, mais avec métastases multiples, aux myélomes diffus sans métastases viscérales, mais avec albuminurie thermosoluble et hyperprotidémie.

Valeur séméiologique du réflexe d'Hoffmann. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et A. Biscaye reprennent l'étude de ce réflexe de flexion des doigts par incurvation puis relâchement brusque de l'ongle du médius. D'une grande sensibilité, ce réflexe mérite d'être classé parmi les signes pyramidaux, au même titre que les autres réflexes de flexion des doigts. Ils pensent qu'il s'agit d'un réflexe tendineux, variante du Rossolimo de la main.

La valeur des réflexes de flexion des doigts comme signe d'atteinte pyramidale (libération de l'automatisme médullaire de préhension). — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier, G. Vallat et A. Biscaye rapportent une nouvelle série de 50 observations qui confirment la valeur de ces réflexes. Ils proposent d'adopter une terminologie simple et uniforme et, par ordre décroissant de sensibilité, de décrire un Bechterew-Mendel de la main, un Rossolimo de la main, un signe d'Hoffmann, un signe de Sterling, dont la recherche doit être systématique dans toute exploration pyramidale complète. Ces réflexes ont la signification de réflexes de libération de l'automatisme médullaire de préhension.

A propos du diagnostic radiologique du rétrécissement de l'isthme de l'aorte. — M. P. Bétoulières. Ce rétrécissement crée une importante différence entre les tensions maxima du membre supérieur et du membre inférieur ; en outre, une circulation collatérale de suppléance s'établit entre ces deux territoires. Les artères intercostales dilatées et sinueuses créent des encoches sur le bord inférieur des côtes. Bien visibles sur les films, elles permettent de déceler une affection qui a longtemps été considérée comme dépourvue de toute traduction radiologique.

Le liquide céphalo-rachidien dans la poliomyélite antérieure aiguë. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et J. Gay.

Septico-pyohémie staphylococcique avec paraplégie par épidurite aiguë. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, J. Seguí et Mlle J. Levesque.

Polyglobulie par ulcus duodénal. Efficacité de la radiothérapie prépylorique. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, Mlle M. Labraque-Bordenave et M. A. Biscaye.

Chorée de Sydenham arséno-résistante rapidement guérie par le choc pyrétogène. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et R. Souchon.

Abcès amibien du foie à forme fébrile pure, d'origine autochtone. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et H. Souchon.

Forme cliniquement inapparente de la maladie de Paget. — MM. L. Rimbaud, Ch. Gros, A. Vedel et H. Souchon.

Faux ictus oplopectique guéri sans reliquat. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et H. Souchon.

Abcès pulmonaire putride post-traumatique au cours d'une silicose pulmonaire. — MM. G. Giraud, J.-M. Bert, T. Desmonts et A. Vedel.

Un cas de balantidiase intestinale. — MM. G. Giraud, H. Harant, T. Desmonts et A. Vedel.

Les troubles digestifs au cours de la chrysothérapie intrapleurale. — MM. J. Vidal, Fourcade et Mme Faure.

Deux nouveaux cas d'épisclérite au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — MM. Vidal, Fourcade et Mme Faure.

Un cas d'irido-cyclite mélitococcique. — MM. Ch. Dejean, G. Guidoni et P. Laporte.

Le traitement des thromboses cérébrales par les injections intraveineuses de novocaïne. — MM. P. Rimbaud et D. Brunel.

Bloc vertébral lombaire. — MM. R. Trial, J. Meunier et P. Lougnon.

Trois cas d'anomalies de rapport du squelette costal. — MM. R. Trial, R. Marot et P. Lougnon.

Zona et traumatisme. — M. Godlewski.

Erythème noueux et purpura rhumatoïde. — MM. H. Michel-Béchet et M. Godlewski.

Réticulo-sarcome ganglionnaire ayant simulé une maladie de Hodgkin. — MM. H. Michel-Béchet et M. Godlewski.

Sur quelques syndromes neurologiques actuels. — M. M. Godlewski.

A. PUECH.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Janvier 1944.

Images radiologiques à niveaux multiples au cours du dolichocôlon. — MM. Tapie, Laporte et Monnier apportent une radiographie intestinale présentant une série d'images hydro-aériques à niveaux étagés, telles qu'on les rencontre habituellement au cours des sténoses du grêle. Le malade présentait des phénomènes pseudo-occlusifs. Il s'agissait en réalité d'un dolichocôlon infecté, ainsi que l'a démontré le lavement opaque.

Le titane, succédané du bismuth, dans les affections douloureuses de l'estomac. — MM. Louis et Joseph Timbal présentent une étude d'ensemble sur ce nouveau médicament. Après avoir indiqué ses principales propriétés chimiques et physiologiques, ils précisent ses indications thérapeutiques, qu'ils résument dans la formule suivante : « le titane est le médicament de la douleur gastrique, quelle qu'en soit la cause ». Ils rapportent ensuite les résultats favorables obtenus dans les aérophagies, les ptoses douloureuses de l'estomac, les gastrites aiguës et chroniques, enfin les diverses formes de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, même lorsque l'ulcère se complique d'un certain degré de sténose.

Cette étude confirme donc les communications antérieures de MM. Rochet, Busson et Rosey, et aboutit à la même conclusion optimiste : « l'oxyde de titane, sans prétendre à supplanter le bismuth, dont il n'a pas la gamme incomparable d'action, nous paraît devoir prendre une place de choix dans le traitement des affections gastro-intestinales.

Quelques cas d'ostéochondromatose articulaire à localisation exceptionnelle. — MM. Prouzet et Cantagrill rapportent 2 cas d'ostéochondromatose articulaire, l'un localisé à la hanche gauche, l'autre à la tibio-tarsienne droite. Dans les 2 observations l'affection est apparue chez un sujet jeune, du sexe masculin, n'ayant présenté aucun traumatisme important dans les antécédents. Les radiographies ont permis de constater en plus des corps étrangers intra-articulaires l'intégrité des surfaces articulaires et l'absence de signes d'arthrite chronique.

Douleurs diffuses et achlorhydrie gastrique. — MM. Planques, Lemaistre et Salvador. Chez 2 adultes, douleurs d'une extrême intensité et très diffuses : pas de signe neurologique, pas de signe général, sauf discrète anémie. Achlorhydrie gastrique, plusieurs fois vérifiée, avant et après histamine. L'un des malades a été guéri par l'hépatothérapie intensive. Forme de troubles nerveux purement subjectifs en rapport avec l'anachlorhydrie, sans anémie notable.

Le traitement actuel des fractures ouvertes. — M. Rieunau. La conservation des membres au cours du traitement des fractures ouvertes est l'idée directrice actuelle. Le Congrès de Chirurgie de 1931 a concrétisé cette tendance et ses modalités à la lumière de très nombreuses observations (Roux et Senèque). L'auteur expose les 3 volets du tryptique thérapeutique qu'il a adopté : tout ouvert—pansement rare—plâtre circulaire. Cette technique permet la réduction correcte de la fracture après épluchage et esquillectomie sous-périostée, améliore les conditions biologiques de la cicatrisation, évite l'œdème et les phlyctènes cutanés, immobilise rigoureusement et confortablement le foyer de fracture.

Radiothérapie et inflammation. — M. Durand-Dastes (Tarbes) communique plusieurs observations de panaris, d'abcès de la lèvre et du nez et de cellulite ligneuse de la joue, où le traitement radiothérapique, en même temps qu'il déterminait une sédation très rapide de l'élément douleur, a entraîné une régression complète de l'infection.

Analyse de quelques travaux récents sur la vitesse de résorption des implants sous-cutanés d'hormone. — M. M. Pujol.

Février.

Fréquence comparée des phénomènes de zone avec les réactions de Meinicke et de Kahn. — M. J. Gadrat. En 1942, sur 7.364 réactions de Meinicke avec 5.989 résultats négatifs, l'auteur a relevé 331 phénomènes de zone, soit une proportion de 0,51 pour 100 par rapport aux réactions négatives. Pendant la même année, sur 4.694 réactions de Kahn ayant donné 4.088 résultats négatifs, il a constaté 1 seul phénomène de zone, ce qui correspond à une proportion de 0,02 pour 100, de 25 fois inférieure à la précédente. Cette constatation ne saurait amoindrir la valeur pratique de la réaction de Meinicke, par ailleurs très sensible, mais souligne la nécessité d'user de plusieurs réactions de floculation parallèlement pratiquées.

A propos de 4 cas de pneumothorax extra-pleural. — MM. Gourdou et Vallade rapportent 4 cas de tuberculose pulmonaire à types différents, traités par le pneumothorax extra-pleural (M. Le Foyer). Les clichés présentés sont très démonstratifs de l'efficacité de la méthode qui a réalisé dans ces 4 cas un « collapsus équilibré » (selon l'expression de Le Foyer et Delbecq), et a entraîné une guérison complète et rapide. Les auteurs insistent sur certains points particuliers concernant les indications, la technique opératoire et surtout l'entretien du pneumothorax extra-pleural.

Deux observations de myélotomie commissurale postérieure. — M. G. Lazorthes. La section de la commissure postérieure de la moelle est la dernière venue des interventions dont disposent les chirurgiens dans les états douloureux. Imaginée par Leriche en 1928, elle n'a été réalisée qu'une quinzaine de fois environ par Leriche, Wertheimer et Guillaume. L'auteur a eu l'occasion d'y recourir dans 2 cas de douleurs secondaires à des cancers. 1° Pour des douleurs intolérables en relation avec de volumineuses adénopathies lombaires secondaires à un séminome du testicule. Il y eut amélioration certaine et durable jusqu'à la mort survenue 2 mois après, mais non suppression absolue des douleurs; 2° dans un cas de douleurs lombaires et sciatiques bilatérales consécutives à un néo du col propagé. La suppression des douleurs fut totale et dura 5 mois après l'opération.

Hématome du plancher buccal chez un hémophile. — MM. J. Calvet et J. Claux rapportent l'observation d'un homme de 29 ans présentant un énorme hématome du plancher buccal et de la face inférieure de la langue. Le malade appartient à une famille d'hémophiles dont les 4 générations connues ont présenté chez leurs éléments mâles des accidents hémorragiques graves et répétés.

Charbon bactéridien consécutif à une saignée sur un cheval producteur de sérum. — M. A. Soulié. Une récolte de sang pratiquée sur un cheval producteur de sérum antipyogène, en parfaite santé apparente, a déterminé en moins de 20 heures la mort par charbon bactéridien.

Polynévrite de la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. Planques, Dardenne et Catala. Constatée au décours d'une spirochétose (séro-diagnostic positif à l'I. P.) surtout motrice, prédominant aux membres inférieurs et dans le territoire des sciatiques poplités internes. Curable en 3 mois. Ni sérum, ni sulfamides.

L'opération de la fente palatine simple. — M. J. Bourguet, dans un bref raccourci montre de quelle manière la technique de Veau est supérieure à celles qui l'ont précédée. Il insiste sur la suture musculaire du voile qui est le point capital, telle qu'elle est pratiquée par Veau, et qui est excellente chez les tout petits enfants d'un an. S'il s'agit d'enfants de 3 ans, d'adolescents ou d'adultes, l'auteur préfère l'opération d'Ernst qui détend le voile avant de procéder à la suture musculaire qui est faite avec 3 points de catgut et sans tension. L'opération terminée, il pose une plaque palatine, comme le conseille Ernst, qui a pour but de modeler le voile du palais, ce qui contribue à l'amélioration éclatante du langage.

Le traitement des fractures ouvertes par Lorrey. — M. J.-P. Tourneux.

Abcès ou cancer excavé du poumon. — MM. Pujol et Lasserre.

J.-P. TOURNEUX.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

H. Lenormant. *Physiopathologie de la contracture tétanique.* 64 pages, 19 fig. (*Masson*, édit.), Paris, 1943.

Nos connaissances sur le siège et le mode d'action de la toxine tétanique sont encore bien incomplètes. Quel est le rôle respectif des centres et de la périphérie, et, dans ce cas, du nerf moteur, du muscle ou de la jonction neuro-musculaire dans la genèse de la contracture tétanique ? L'importante thèse de L., appuyée sur une expérimentation abondante et bien conduite, nous apporte, sur ce sujet, des renseignements précieux. Il a examiné les caractères des réponses électriques et mécaniques des nerfs et des muscles tétaniques et leur excitabilité électrique (chronaxie) soit sur l'animal intact, soit après section du nerf moteur. Les modifications du fonctionnement réflexe sont spécialement analysées. Discutant ses résultats et les confrontant à ceux des autres auteurs rappelés à leur place (109 références bibliographiques), il conclut à la grande complexité des troubles qui portent à la fois sur les centres, les nerfs moteurs et les muscles. La toxine tétanique agit d'abord superficiellement, rendant l'élément intoxiqué plus excitable et autorythmique; une action plus profonde provoque hypoexcitabilité et dégénérescence. Alors que la première phase prédomine dans les centres, c'est la seconde qui l'emporte sur le nerf périphérique plus fortement imprégné.

PAUL CHAUCHARD.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

CONSEILS DIÉTÉTIQUES

Quand et quoi boire ?

QUAND BOIRE ? — L'action de boire au cours des repas est une mauvaise habitude de civilisé. Seul, l'homme boit en mangeant. Les animaux n'interrompent pas leur repas pour aller boire.

A la ferme, le premier geste de la gent emplumée est de boire longuement avant de rechercher grains et vermisseaux.

Et le charretier le plus ignare conduit son cheval à l'abreuvoir, bien avant de lui donner foin ou avoine. Et si on lui demande le pourquoi de cette conduite, il vous répond que l'eau absorbée trop tôt avant l'avoine donne au cheval gonflements et tranchées. Et après cette sage réponse, il se met à table, ingurgitant force liquide au cours de son repas.

Il est, en effet, logique de penser que la solution chlorhydrique qui constitue notre suc gastrique perd son pouvoir dissolvant quand on l'étend d'un liquide quelconque. Et c'est un non-sens que de le diluer, non seulement au cours du repas, mais même après le repas, la digestion intragastrique se poursuivant pendant plusieurs heures.

Comme conclusion, ne boire ni pendant ni après le repas, mais dans la demi-heure qui le précède.

L'examen radioscopique montre, en effet, qu'un demi-litre d'eau froide s'évacue de l'estomac normal en dix minutes et encore plus rapidement si l'eau est chaude.

On peut d'ailleurs hâter cette évacuation gastrique en pratiquant, après la prise de liquide, la manœuvre de Chiladiti : expirer à fond et sans reprendre sa respiration, distendre son thorax en creusant son abdomen.

QUOI BOIRE ? — Pour l'homme normal, de l'eau pure. C'est la boisson de tout animal. C'était la boisson de l'homme des cavernes... Mais voyons ce que nous devons conseiller aux malades :

Au *point de vue diététique,* tous les cas pathologiques, comme nous l'avons montré [1], peuvent se ranger en deux groupes :

Le premier comprend tous les cas où entre le mot « Pas Assez » :

Hyposécrétion gastrique, hépatique, intestinale, hypomotricité, hypoassimilation avec amaigrissement, anémie, bacillose...

Le second comprend tous les cas où entre le mot « Trop » :

Hypersécrétion gastrique, intestinale, hypermotricité intestinale, hyperassimilation avec embonpoint, arthritisme, hypertension, scléroses viscérales...

Aux premiers, il faut conseiller les boissons sapides qui, par leur action sur les papilles buccales, déclenchent la fonction digestive.

Aux seconds, les boissons non seulement peu sapides, mais capables de freiner la sensibilité gustative.

BOISSONS SAPIDES. — Les apéritifs du commerce sont les types des boissons sapides. Ils sont à base d'anis, d'écorce d'orange amère, de quinquina, de gentiane...

Mais l'homme est un être incorrigible. Comme l'ivrogne juché sur son âne, quand on le relève d'un côté, il tombe de l'autre.

Aux éléments sapides des apéritifs commerciaux il a ajouté l'alcool...

La période de restriction que nous traversons, en diminuant leur taux alcoolique, les rapproche des boissons diététiques.

Aux malades, type Hypo, nous conseillons donc avant le repas une boisson chaude, abondante, sucrée et très aromatisée sous forme d'infusion (menthe, anis, badiane, verveine), en laissant au malade le choix de son arôme car la sécrétion est d'autant plus abondante que la prise est plus agréable.

De plus, sucrer cette infusion avec 6 *g.* de sucre pour 100 cm^3 de liquide, de manière à obtenir une concentration se rapprochant de $\Delta = -0{,}38$, concentration où l'évacuation gastrique se fait avec le maximum de rapidité [2].

BOISSONS NON SAPIDES. — On peut non seulement ne pas exciter, mais freiner la sensibilité de nos papilles buccales en conseillant, par exemple, des infusions, type feuille de coca.

On sait, en effet, que les feuilles de cet arbrisseau, originaire du Pérou, mâchées par les courriers, leur permettent de rester un ou deux jours sans prendre d'aliment.

En anesthésiant les papilles buccales par la cocaïne qu'elles contiennent, elles diminuent le suc d'appétit et les sécrétions digestives.

A nos malades, type Hyper, on peut donc conseiller avant le repas des infusions de feuilles de coca qui doivent être dégustées longuement.

BOISSON A LA FIN DU REPAS. — Est-ce à dire qu'on doit supprimer toute boisson en fin de repas ?

Non pas. Si elle est prise *en petite quantité* et si elle a une *action digestive.*

Comme infusion ayant cette propriété, nous ne connaissons que l'infusion d'orge germée dont nous avons d'ailleurs donné une étude dans ce même journal [3].

Nous montrions que cette infusion, par la diastase qu'elle contient, agit sur l'aliment amylacé exactement comme la diastase salivaire. Et nous donnions ainsi sa préparation :

« Moudre une cuillerée à soupe d'orge germée. L'humecter d'une cuillerée à soupe d'eau froide et y verser ensuite une tasse d'eau bouillante (pour ne pas détruire le ferment au-dessus de 70°). »

Et pour terminer cette étude, nous répondons à cette question : « Et le vin ? »

A notre avis, il doit être non pas défendu, mais conseillé en fin de repas aux malades à étiquette Hypo et doit remplir deux conditions :

« Etre de *bonne qualité* et pris *en petite quantité.* »

Un doigt de vieux bourgogne accompagné d'un camembert fermenté à point a sur nos papilles et par suite sur nos fonctions digestives une action bien supérieure à toute thérapeutique savante. Mais il faut pour cela une dégustation raffinée, et voilà la description qu'en donne Ali-Bab :

« Porter le verre à vos lèvres, laissez tomber un filet de son contenu sous la langue, à la base du frein, fermez les yeux et attendez : une salivation se produit bientôt, deux courants de salive parfumée s'élèveront des deux côtés de votre bouche ; soudez alors la pointe de la langue vers le palais et dégustez lentement. »

LÉON-MEUNIER.

1. *La Presse Médicale,* 1943, n° 9.

2. Cryoscopie du suc gastrique. *La Presse Médicale,* 1914, n° 41.

3. *La Presse Médicale,* 1921, n° 45.

Procédé de fermeture des fistules vésico-vaginales

Le premier temps de mon procédé est une répétition du procédé classique qui consiste à dédoubler soigneusement, par voie vaginale, la paroi vésicale de la paroi vaginale, après avivement des bords de la fistule.

Son originalité consiste, dans un deuxième temps, à passer avec une aiguille courbe des anses de crins de Florence dans le lambeau vésical, de dehors en dedans, le nombre d'anses de crins variant suivant l'étendue de la perte de substance et par conséquent suivant l'importance des lambeaux. Une pince courbe introduite par l'urètre vient saisir l'extrémité des crins et les sort par le méat. On tord chaque crin séparément, ce qui a pour effet de rapprocher les bords des lèvres du lambeau vésical, tandis que la traction sur le faisceau de tous les crins tordus, et fixés sur la cuisse, invagine dans la vessie la muqueuse fournissant une large surface d'adossement.

Dans un troisième temps on procède à une série de sutures étagées au catgut chromé de la musculaire vésicale et il ne reste ensuite qu'à suturer les lambeaux vaginaux au fil d'argent ou simplement aux crins de Florence. Une sonde de Pezzer est introduite dans la vessie.

J'enlève les crins intra-vésicaux qui se détordent d'eux-mêmes vers le dixième jour et les sutures vaginales au quinzième jour. Il est bon de faire coucher la malade sur le ventre, ce qui évite à la suture le contact de l'urine et le frottement de la sonde.

Ce procédé de fermeture des fistules vésico-vaginales permet l'économie de la cystostomie, est d'une technique très simple et ne m'a jamais valu de déboires (5 observations).

M.-F. PILVEN (Quimper).

Un signe très sensible de lésion sacro-iliaque

Les auteurs modernes s'accordent généralement à reconnaître que les signes classiques de sacrocoxalgie de Larrey et d'Ericksen sont de constatation très inconstante, rare au début de l'affection.

Les signes plus récemment décrits sont eux-mêmes encore souvent en défaut en dehors de la phase de pleine évolution de la maladie.

Aussi avons-nous été amené à rechercher un test plus fidèle. Il nous a paru que, transmise par le bras de levier que constitue la cuisse lorsque la hanche est bloquée par la contraction musculaire, l'action qui tend à éveiller la douleur dans la sacro-iliaque devait être plus efficace. Des diverses manœuvres possibles en partant de ce principe, nous en avons retenu une qui s'est révélée extrêmement sensible.

La façon de procéder est la suivante : le sujet étant couché sur le dos, les deux cuisses fléchies à 90° sur le bassin, les genoux eux-mêmes en flexion dépassant l'angle droit, on lui demande de se raidir pour s'opposer aux tentatives que l'on fait d'écarter transversalement ses genoux. Une douleur aiguë se produit dans la sacro-iliaque malade lors de ces tentatives.

Cette manœuvre ne s'est jamais trouvée en défaut dans la vingtaine de cas de sacro-coxalgies et d'arthrites sacro-iliaques qu'au cours de ces dernières années il nous a été donné d'examiner. Dans les cas où nous avons pu assister au début de l'affection, chez des malades en cours de traitement pour d'autres localisations bacillaires, elle a été constamment le premier signe positif. En fin d'évolution par guérison, elle est toujours restée positive plusieurs mois après la disparition des autres signes.

Sa recherche nous paraît utile pour le dépistage d'une affection dans laquelle l'examen clinique est souvent pour le diagnostic un précieux appoint à la radiologie.

H. GUINCHARD (Grenoble).

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Les Valeurs de la vie

BRÈVES RÉFLEXIONS SUR UN LIVRE RÉCENT[1]

Les peuples de civilisation européenne ont, au cours des âges, passé successivement par la vie pastorale, la vie agriculturale. Pendant quatre mille ans, l'Humanité trouva sa nourriture et la satisfaction de ses besoins dans ces professions simples et saines. Il n'existait guère chez ces pasteurs, ces laboureurs, d'autres distinctions sociales que l'âge et l'expérience. Elevés de la même manière, occupés aux mêmes travaux, ces fils de la terre étaient à peu près également riches, à peu près également nobles : on voit partout dans *Homère* des rois et des princes vivant des fruits de leurs terres, se servant eux-mêmes pour les besoins ordinaires de la vie; chez les Hébreux, mœurs analogues : on sait que David gardait les brebis quand Samuel l'envoya quérir pour le sacrer roi. Le travail de ces hommes était modéré ; ils savaient utiliser leurs loisirs d'une façon intellectuelle, témoin les si judicieuses observations astronomiques des pâtres de Chaldée, témoin également les poésies pastorales des bergers de la Grèce antique.

Les traditions des peuples ont conservé sous le nom d'âge d'or le souvenir de ces époques de travail sans fièvre, d'abondance matérielle, de paix et d'égalité.



Nous sommes toujours hantés par le désir de l'âge d'or, par la soif de l'égalité sociale.

Au XIXe siècle, l'apparition de la grande industrie fit éclore une immense espérance ; il sembla que l'Humanité entrait dans une phase toute nouvelle de son évolution. On s'imagina que, grâce aux machines, l'homme allait être dispensé de tous les gros travaux, allait pouvoir réaliser tous ses souhaits de bien-être, grâce à l'abondance des produits de l'industrie et la disparition des trop durs ouvrages.

Hélas! la réalité ne correspondit point à ces rêves enchanteurs.

Incontestablement la Science a versé à pleines mains, dans une foule de domaines, de merveilleux bienfaits pour l'Humanité; mais, par des répercussions insoupçonnées d'abord, elle a doté le monde d'un contingent nouveau de souffrances et de misères.

Des troubles profonds dans les situations économiques ont été entraînés par la division excessive du travail, la surproduction, l'absorption rapide et irrésistible de toutes les forces individuelles par des forces collectives.

D'autre part, l'influence des facteurs physiques, chimiques, biologiques, spéciaux à chaque usine, a créé pour l'ouvrier un milieu physiologique responsable d'accidents fréquents et graves, de déchéances progressives de santé.

En fait, malgré les grands progrès techniques accomplis, dans les usines où règnent les dogmes du taylorisme, de la standardisation, du rendement maximum, le travailleur, malgré les hautes paies, se sent mal à l'aise, inquiet, mécontent de son travail sans initiative et par conséquent dépourvu de la joie qu'on éprouve en œuvrant par soi-même. L'intensité même de la production, qu'il constate, évoque sans cesse à ses yeux le spectre du chômage. Son existence est triste, car il vit généralement dans des faubourgs sordides : plus vaste est la ville, plus sordide est le faubourg, plus lamentable est la promiscuité. La brutalité des bas plaisirs occupe mal les temps libres et ne réussit point à rompre la monotonie d'existence où ne luit jamais un rayon doré de vie supérieure et qu'assombrit encore la pensée des vieux jours à passer, sans travail et sans pain, « sur la paille ».

* * *

Cependant l'usine est devenue une nécessité ; la machine élargira encore son domaine ; un des plus gros problèmes actuels est de concilier les exigences du travail industriel avec les besoins profonds de la Nature humaine.

A la louange du XXe siècle, on peut citer un immense désir de trouver la solution de ce problème. Depuis 1919 les législateurs, complétant les initiatives privées, ont mis à leur programme l'organisation de services médicaux et de services sociaux dans les centres industriels. De belles choses sont déjà accomplies ou en voie d'accomplissement. Nul médecin, digne de ce nom, ne peut ignorer ce mouvement auquel beaucoup d'entre nous sont ou seront appelés à prendre part. A ce point de vue nous ne saurions trop recommander la lecture et la méditation d'un excellent ouvrage de notre confrère René Barthe, intitulé *les Valeurs de la vie.* Sous une forme réduite ce livre contient tout l'essentiel de cette question moderne.



La tâche la plus urgente du médecin d'usine consiste depuis longtemps dans les soins à donner aux blessures par accidents, aux cas d'électrocutions, d'asphyxies, etc. ; mais cette tâche première est aujourd'hui singulièrement dépassée ; d'autres œuvres, d'une portée plus étendue, la complètent et la compliquent : ce sont les examens médicaux d'embauchage, la sélection et l'orientation professionnelles, le dépistage des maladies, la prévention des accidents et des maladies par l'étude des prédispositions individuelles, par l'examen attentif des conditions toxicologiques des ambiances d'atelier, etc. Bref, au médecin d'usine incombent l'étude continuelle et la solution de toutes les questions relatives à l'hygiène générale et à l'hygiène particulière, sans parler du souci de l'éducation et de la propagande sanitaire parmi les ouvriers.

Pour cette belle tâche de protection de l'ouvrier contre les dangers inhérents à la grande industrie, la collaboration de l'ingénieur est indispensable; c'est à ce technicien qu'il appartient d'assurer une meilleure aération, un éclairage mieux compris des ateliers, d'empêcher la dispersion des produits toxiques dans l'atmosphère, en un mot de résoudre tous les problèmes techniques que peut soulever contre la santé l'évolution des procédés industriels de fabrication.

Un bel exemple de l'efficacité de la collaboration des médecins et des ingénieurs est fourni par la diminution considérable du saturnisme, fléau pratiquement disparu de nombre d'usines.

L'activité conjuguée du médecin et de l'ingénieur serait incomplète (et c'est l'honneur de notre temps de l'avoir compris) sans l'action de la conseillère sociale chargée de l'hygiène morale de l'ouvrier et de son entourage. Le travailleur n'a pas uniquement la préoccupation de son ouvrage ; il a le souci de son foyer, de sa nichée. Pour lui et pour sa famille ont été promulguées des lois secourables, ont été organisées des œuvres multiples : centres de placement, garderies d'enfants, colonies de vacances, etc. ; mais de toutes ces organisations protectrices, il ignore d'habitude le fonctionnement. L'assistante sociale est là pour le renseigner, le guider, pour se charger des démarches à faire dans les bureaux et les administrations. Son rôle est celui d'une amie discrète et sûre à laquelle l'ouvrier et sa famille peuvent s'adresser pour leurs préoccupations familiales, leurs difficultés matérielles ou morales...

Le livre de Barthe fournit un exposé très clair et très suggestif de tous les points théoriques ou pratiques sur lesquels doit porter l'attention de ceux qui ont charge de constituer dans l'usine, autour de l'usine, en dehors de l'usine, tout un réseau de mesures protectrices visant la conservation de la santé physique et morale des travailleurs.

Ce rôle de mentor, de protecteur dévolu aux médecins, aux ingénieurs, aux infirmières sociales est extrêmement délicat ; il demande à la fois de la méthode, de la science, de la pénétration psychologique ; il exige beaucoup de tact, énormément de patience, abondamment de cet esprit de sacrifice, de cette sympathie cordiale et agissante, si rare, que ne rebutent ni les préventions, ni les incompréhensions, ni les acrimonies, ni les ingratitudes : nul être humain, en effet, n'aime à être ou à se croire dirigé, conduit, mis en tutelle.

La santé de l'ouvrier est un facteur essentiel dans le succès financier d'une usine ; c'est un fait dont tout chef d'entreprise doit se persuader ; mais il serait néfaste que l'ouvrier éprouve l'impression que tous les soins dont on l'entoure ont surtout pour but l'intérêt financier de l'usine et le souci de river le travailleur plus étroitement à son atelier. Du reste, d'une façon générale, on ne peut décharger un homme de toute responsabilité envers lui-même sans le diminuer, sans le faire déchoir de sa dignité d'homme libre.

Le but à atteindre serait au contraire que par *ses propres forces* l'ouvrier s'élève à une vie plus digne, à une conscience professionnelle plus parfaite, telle que la possède l'artisan libre qui aime son métier, s'y absorbe, s'y perfectionne et a la probité de son œuvre. Il faut arriver à faire aimer par l'ouvrier ces machines si ingénieuses qui multiplient par 100, par 1.000 les produits de l'effort humain. Une habile diplomatie est indispensable.



Tout ce programme de collaborations intelligentes qui s'est amorcé dans l'usine, pour l'usine, devrait être transposé, avec des modalités d'application différente, aux membres de toutes les professions, car personne ne peut se suffire à lui-même en un plein isolement ; nous avons tous besoin à certains moments de conseils et d'aide effective. Cette constatation devrait nous inciter à atténuer les inégalités sociales, à abaisser les barrières entre les diverses activités humaines en leur faisant échanger leurs produits et leurs bons offices en des sentiments autres que le « chacun pour soi » de l'époque actuelle.

Incontestablement, sous l'influence de la Science qui serait dirigée par des hommes de haute intelligence et de grand cœur, le labourage, le pâturage, l'industrie devraient fournir à l'Humanité les produits essentiels à la vie en quantité pour ainsi dire illimitée.

Cette large production devrait non seulement supprimer à jamais les famines et les misères, mais devrait aussi rendre accessible à tous les membres de l'Humanité un réel confort dans la nourriture, le vêtement, le logement.

Le développement de l'activité bienfaisante en faveur de l'ouvrier d'usine, dont nous parle notre

1. René BARTHE : *Les Valeurs de la Vie* [Mission commune de l'ingénieur, du médecin d'usine et de la conseillère sociale du Travail] (*Bloud et Gay*, éditeurs), Paris, 1943.

confrère Barthe, n'est qu'une préparation, un signe avant-coureur, du changement social qui, tôt ou tard, s'imposera.

Un jour viendra où les hommes, las de lutter sans issue pour la réalisation de passions haineuses, sentiront naître en leur cœur un élan, une exaltation d'ordre spirituel qui leur fera prendre en horreur les jalousies, les rancunes, la recherche forcenée de l'argent, la passion des luxes et des plaisirs coûteux, les vaines ostentations de l'orgueil qui ont abouti aux épouvantables catastrophes, aux œuvres de destruction du temps présent.

Alors seulement l'homme pourra acquérir et saura apprécier dans la douce vie familiale l'air, la lumière, la propreté du logis, une nourriture simple, mais abondante et saine, les joies des plaisirs modestes.

Un travail modéré pourra assurer à chacun un temps suffisant de loisirs pour développer son intelligence et ses dons naturels. Tout cet ensemble de biens, qui constitue les vraies valeurs de la vie, ne peut être le produit de la violence ; il ne peut s'obtenir que par la Science, par la Bonté, le Respect des droits et des intérêts du prochain, le sens du Sacrifice au bien commun.

Ayons confiance dans l'avenir ; mais, comme le conseille Barthe, préparons cet avenir.

P. Desfosses.

Correspondance

A propos de l'article de MM. Courcoux, Boulanger et Maclouf sur *La prémunition par le BCG en scarifications cutanées.*

MM. Nègre et Bretey signalent qu'ils ont été également frappés par quelques irrégularités des statistiques publiées jusqu'à présent par certains des auteurs qui avaient appliqué la méthode à l'homme. Ces irrégularités peuvent provenir soit de la technique de vaccination, soit de la façon dont est recherchée et appréciée la sensibilité à la tuberculine. Laissant pour le moment de côté ce second point, ils ont cherché à rendre les conditions de la vaccination aussi peu contingentes que possible des différences de technique de chaque médecin. Ils pensent être arrivés à une solution satisfaisante par l'utilisation d'une solution plus concentrée (75 mg. par centimètre cube), ce qui permet, en outre, d'ajuster l'intervention à l'âge — donc à la taille — des sujets, tout en restant dans des limites acceptables quant au nombre et à la longueur des traits de scarification. Cette nouvelle suspension est donc environ 4 fois plus concentrée que l'ancienne qu'elle remplace. Sans augmenter la réaction strictement locale, elle permet : 1° de réduire chez le nouveau-né à 3 ou 4 le nombre des traits de scarification de 1 *cm.* de long, tout en provoquant le virage de la cuti dans le délai de 6 ou 8 semaines dans la presque totalité des cas ; 2° en maintenant le nombre de 6 à 8 scarifications de 1 *cm.* 5 à 2 *cm.* de long, d'obtenir le même résultat chez l'adolescent ou l'adulte. Ces chiffres ne sont donnés qu'à titre d'indication ; le nombre et la longueur des scarifications peuvent être dépassés. L'allergie apparaîtra d'autant plus vite que la surface scarifiée sera plus grande. La technique reste la même : les scarifications seront faites à travers les gouttes déposées sur la peau. Elles doivent, de même que les cuti-réactions tuberculiniques, très légèrement saigner.

Instruments Nouveaux

Instrumentation pour le contrôle radiomanométrique au cours des interventions biliaires

La pratique de la radiomanométrie biliaire per-opératoire, dont l'un de nous a exposé les principes, les indications et les résultats dans un Mémoire récent du *Lyon Chirurgical* (1943, 39, 50-62), nous a conduits à mettre au point un dispositif instrumental, qu'a réalisé pour nous la maison J. et G. Lépine (de Lyon) et qui est bien différent de celui qu'avait préconisé Mirizzi.

1° Il est certaines circonstances dans lesquelles un drainage biliaire se trouvant indiqué de façon formelle, la mise en place d'une sonde vésiculaire ou d'un drain cholédocien donne toutes facilités pour mesurer la pression des voies biliaires et injecter à leur intérieur un produit de contraste avant fermeture de la paroi abdominale.

Mais souvent il n'en est rien et mieux vaut se borner à une ponction vésiculaire ou bien, après cholécystectomie, à une intubation du cystique.

Une *canule* un peu spéciale est alors nécessaire :

Pour la ponction de la vésicule ce sera un court trocart droit, muni d'un mandrin à pointe aiguë et comportant sur son corps une double série de cannelures, l'une permettant la fixation par une ligature étanche, l'autre l'ajustage d'un tube de caoutchouc (fig. 1 *a*) ;

Pour le cathétérisme cystico-cholédocien, la canule sera deux fois coudée et présentera sur son corps 3 renflements olivaires (fig. 1 *b*). Un raccord permettra la fixation du tube de caoutchouc ;

Leur diamètre intérieur n'est pas indifférent ; il doit être suffisant pour supprimer toute résistance à l'évacuation. Il a été fixé expérimentalement à 2 *mm.* 5.

2° Une *seringue*, à la fois *aspirante et foulante*, assure l'injection dans les voies biliaires d'eau stérile pour étudier le régime des pressions à leur intérieur, puis du produit de contraste nécessaire à la prise des clichés. Sa capacité est de 20 cm^3.

Cette seringue (fig. 2) porte un double embout, chacun muni d'une petite soupape métallique. La soupape correspondant à l'embout aspirant (fig. 3) fonctionne sous le seul effet de son propre poids et de la pression créée à l'intérieur de la seringue lorsque l'opérateur repousse le piston, ces deux forces agissant dans le même sens.

La soupape correspondant à l'embout foulant est munie d'un petit ressort à boudin, qui l'applique d'une façon plus étroite sur l'orifice qu'elle doit obturer. C'est que, dans les conditions de fonctionnement normal de la seringue, cette soupape travaille

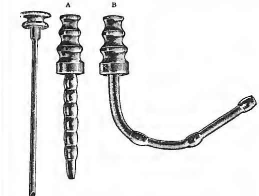


Fig. 1. — *Canules pour la radiomanométrie opératoire* : *a*, le trocart vésiculaire ; *b*, la canule cystico-cholédocienne.

contre l'effet de son propre poids qui tend à la maintenir ouverte. Assurant la communication avec les voies biliaires, il importe qu'elle fonctionne parfaitement, si l'on ne veut pas risquer, dans les manœuvres d'aspiration, d'aspirer non pas seulement l'eau stérile de la cupule, mais encore le contenu vésiculaire ou cholédocien, ce qui entraînerait à chaque manœuvre du piston une baisse de la pression.

Le piston de la seringue porte sur sa tige une crémaillère assurant son verrouillage en toutes positions par la simple exécution d'un demi-tour sur lui-même. Le dispositif a pour

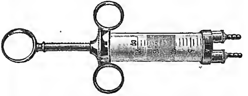


Fig. 2. — *Seringue aspirante et foulante*. Les deux embouts sont marqués A (aspiration) et E (évacuation). La tige du piston comporte, sur une de ses faces, une série de dents permettant le blocage de l'appareil pendant les mesures de pression.

but de permettre l'injection de la quatité de liquide jugé suffisante et d'éviter les à-coups, que provoquerait le seul maintien du piston à la main.

Le maniement de la seringue est facilité par un dispositif à anneau placé à son extrémité supérieure et au bout de la tige du piston, grâce auquel celle-ci est facilement saisie.

3° A l'appareil de perfusion de Debouvry ou encore au dispositif simple, qui mesure dans un tube de verre vertical la colonne d'eau répondant à la pression biliaire, nous avons substitué l'usage du manomètre de Claude, placé en dérivation.

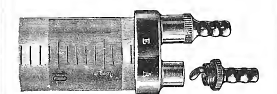


Fig. 3. — *Détail de la seringue* : embout d'aspiration et sa soupape.

D'autre part, l'*inscription graphique* des pressions biliaires peut être réalisée grâce à un appareil enregistreur comportant un cylindre enregistreur, accomplissant un tour complet en 30 secondes environ et un stylet inscripteur, relié à une capsule manométrique par un système de levier. En fait, il est possible de construire facilement ce dispositif à partir d'un baromètre enregistreur.

4° La prise des clichés est facilitée par l'utilisation d'une table radio-chirurgicale munie d'un billot en contre-plaqué : ampoule sous-jacente, tablette porte-film habillée d'une housse stérile, solidaire de l'ampoule et glissée devant la région sous-hépatique.

Le malade sera opéré en principe sous anesthésie locale.

P. Mallet-Guy et R. Jeanjean.
(Lyon)

Livres Nouveaux

Recherches sur l'origine, la distribution, les caractères cytologiques et les propriétés biologiques des histiocytes et des macrophages par la méthode de la culture des tissus, par M. Chèvremont, 1 vol. de 492 pages avec 8 planches (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1942. — Prix : 110 francs.

Important travail présenté comme thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur. Les recherches ont porté sur des cultures d'embryons très jeunes et sur des cultures de tissu musculaire. Leur exposé est divisé en 3 chapitres : I. Origine et distribution des histiocytes et des macrophages ; II. Caractères cytologiques et propriétés biologiques de ces éléments ; III. Facteurs réglant le nombre des histiocytes et des macrophages dans les cultures. Essai de production expérimentale de la transformation histiocytaire.

Les histiocytes tissulaires proviennent à la fois de monocytes émigrés du courant sanguin et de cellules fixes se transformant sur place. Le tissu musculaire peut également donner naissance à d'authentiques macrophages. La culture des tissus apporte la preuve que des cellules de plusieurs types ont la capacité de devenir histiocytaires. Les cellules histiocytaires ont des propriétés fonctionnelles remarquables : colloïdopexie, phagocytose, plasticité, activité fermentaire, teneur en vitamines, métabolisme. Elles jouent un rôle de première importance dans la défense de l'organisme. Elles contrôlent le sang venant de l'intestin (cellules de Kupffer) et le sang en général (histiocytes de la rate, de la moelle osseuse, monocytes).

La transformation histiocytaire paraît dépendre à la fois de facteurs intrinsèques et de facteurs extrinsèques. Le liquide de cultures où la formation d'histiocytes est abondante provoque, dans d'autres cultures, cette formation. Il semble donc bien s'agir d'un facteur diffusible.

Ces recherches apportent des arguments cytologiques à une hypothèse de Warburg pour expliquer la cancérisation cellulaire en montrant que, dans certaines conditions, des cellules peuvent acquérir des propriétés biologiques entièrement nouvelles et distinctes de celles qu'elles possédaient antérieurement. La glycolyse des cellules histiocytaires semble bien, en culture, être plus forte que celle des autres cellules (fibroblastes). On sait que, pour Warburg, la cancérisation serait due à ce que, sous l'action d'arrêts dans la respiration des tissus, les cellules s'habituent à couvrir leurs besoins énergétiques par leur fermentation lactique. Cette habitude persiste quand les cellules reçoivent, à nouveau, une quantité suffisante d'oxygène.

Chèvremont critique le terme de « système réticulo-endothélial » dans lequel on a confondu le réticulum des cellules histiocytaires avec celui des fibres grillagées et l'endothélium vasculaire banal avec celui des sinusoïdes. Les expressions de systèmes histiocytaires ou système des cellules du type histiocytaire sont meilleures.

Les histiocytes constituent un état fonctionnel que beaucoup de cellules bien différenciées et de types divers peuvent acquérir.

J. Verne.

Laryngite chronique et laryngopathies, par J. Tarneaud. 1 vol. de 138 pages (*Maloine*, édit.), Paris, 1944. — Prix : 70 francs.

En présence d'un enrouement chronique le laryngologiste n'hésite, en général, qu'entre 4 diagnostics : la tuberculose, la syphilis, le cancer et la laryngite chronique. J. Tarneaud étudie cette dernière affection et montre qu'ainsi comprise elle doit être dissociée en laryngite chronique proprement dite qui est d'ordre inflammatoire et en laryngopathie qui est d'ordre fonctionnel. De cette façon de voir découle en effet des sanctions thérapeutiques tout à fait différentes et parfois opposées.

J. Tarneaud entreprend, dans ce livre, la description et la thérapeutique des diverses variétés de laryngite chronique et de laryngopathie en utilisant la forme de leçons cliniques qui en rend la lecture plus vivante, plus attrayante et souvent plus didactique.

J. Tarneaud, aussi bon laryngologiste que phoniatre, prouve par des faits cliniques nombreux et indiscutables que la laryngologie et la phoniatrie ne doivent pas être séparées et qu'un examen laryngologique ne peut se flatter d'être achevé que si une minutieuse étude phoniatrique le complète, cette dernière s'appuiera sur l'examen stroboscopique et comprendra l'examen de la voix en analysant ses trois qualités essentielles : intensité, hauteur, timbre ; d'où la nécessité pour le laryngologiste moderne d'éduquer son oreille et de pratiquer l'examen de la voix en concordance avec l'examen laryngoscopique.

Cette discipline étant acquise, il devient facile de distinguer de la laryngite chronique d'ordre inflammatoire et réclamant un traitement local, les diverses laryngopathies fonctionnelles qui ne guérisseot jamais par le traitement local mais demandent au contraire une rééducation fonctionnelle.

Par ce livre, J. Tarneaud a bien rempli son but qui était d' « épurer » le chapitre jusqu'ici si confus des laryngites chroniques.

M. Aubry.

Chimie physique médicale, par W. Blaoergroen. Préface de M. Roch, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Genève (*B. Wepf et Cie*, édit.), Bâle, 1943.

L'ouvrage se compose de 6 chapitres, le premier étant en quelque sorte une introduction qui, par le rappel des notions de physico-chimie pure, initie le lecteur aux disciplines particulières de cette science.

Au chapitre suivant, consacré à l'équilibre acide-base, se lit un exposé du plus haut intérêt sur l'importance du *pH* en biologie, sur les relations étroites entre la respiration, la calcémie et certains états pathologiques, sur le mécanisme de la calcithérapie dans les tétanies.

Le chapitre III traite des colloïdes. Il apporte de précieux enseignements sur la structure des protoplasmes cellulaire et nucléaire, la théorie de Frey-Wyssling, le sang et la coagulation, le rôle du tissu conjonctif dans l'organisme, les colloïdes protecteurs dont les propriétés trouvent leur application dans les réactions physico-chimiques de diagnostic comme celle du benjoin colloïdal.

Les phénomènes d'osmose et leur rôle en physio-pathologie, les œdèmes, les réactions inflammatoires font l'objet d'un quatrième chapitre.

Le chapitre V, réservé aux phénomènes bio-électriques, complète également l'étude des équilibres de Donnan dans l'organisme, et nos connaissances sur l'adsorption et la perméabilité.

Un dernier chapitre est consacré aux phénomènes d'oxydation et de réduction.

L. R.

Pour vivre bien portant, par Henri Saubeval (Dr Henri Balmelle). 1 vol. de 230 p. (*Le François*, édit.), Paris 1943. — Prix : 40 fr.

Elogieusement préfacé par M. le Prof. Baudouin, ce petit livre, écrit d'un style familier, est d'une lecture facile, mais Henri Saubeval s'y égare bien souvent loin de son point de départ. S'il ne nous donne que très parcimonieusement les moyens que promet son titre, il se plaît surtout à philosopher — penchant bien médical — et il le fait agréablement ; ce qui est l'essentiel.

Guide médical et pharmaceutique Rosenwald, 1943-1944, 1 vol. de 1.300 p. En vente aux *Editions commerciales de France*, 4 *bis*, rue Descombes, Paris-17e. Tél. Galvani 88-11. Prix médical, 50 fr., port en sus.

Une nouvelle édition du Guide Rosenwald reparaît pour la première fois depuis celle de 1939. Elle est au courant des modifications survenues depuis 4 ans et contient, avec quelques innovatioos utiles, une liste des médecins aussi exacte que les circonstances actuelles le permettent.

INFORMATIONS

Médaille du professeur H.-L. Rocher

Un Comité vient de se constituer sous la présidence du Prof. JEANNENEY pour la remise, par ses élèves et ses amis, d'une médaille au Prof. H.-L. ROCHER.

Le prix de la souscription a été fixé à deux cents francs (200 fr.) minimum, donnant droit à un exemplaire de la médaille.

La date de la manifestation sera fixée ultérieurement.

Prière d'adresser la correspondance et les souscriptions au secrétaire général, M. le Prof. agrégé POUYANNE, 64, cours de Verdun, Bordeaux (c. c. p. Bordeaux 492.63).

Médecins consultants régionaux de vénéréologie

— Le Prof. NANTA est nommé médecin consultant de vénéréologie de la région de *Toulouse*, en remplacement de M. Berges, démissionnaire. Il sera assisté dans ses fonctions par M. GADRAT.

— M. Pierre CUILLERET est nommé assistant du Prof. GATÉ, médecin consultant de vénéréologie de la région de *Lyon*.

(*J. O.*, 7 Juin 1944.)

Centres régionaux d'éducation sanitaire

Art. 1er. — Des centres régionaux d'éducation sanitaire sont créés à Lille, Rouen, Rennes, Nancy, Clermont-Ferrand, Montpellier, sous l'autorité des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, dans le cadre de leur circonscription respective.

Art. 2. — Sont nommés :

A *Lille*, M. VERHAEGHE.

A *Rouen*, M. NÉE, directeur de l'Ecole de Médecine.

A *Rennes*, M. LAMACHE, professeur.

A *Nancy*, M. LOUIS CAUSSADE, professeur.

A *Clermont-Ferrand*, M. JEAN-YVAN ROUSSEL, inspecteur départemental.

A *Montpellier*, M. HERVÉ HARANT, agrégé.

(*J. O.*, 24 Mai 1944.)

PRODUITS MÉDICAMENTEUX à base d'eau minérale

Toute eau minérale naturelle modifiée dans ses caractéristiques initiales par l'addition d'un produit quelconque autre que le gaz naturel s'échappant du griffon de la source, présentée comme jouissant de propriétés curatives ou préventives, est considérée comme un médicament aux termes de l'article 1er de la loi du 11 Septembre 1941.

Est également considérée comme un médicament, toute eau minérale naturelle présentée sous une forme pharmaceutique particulière en vue d'une application spéciale de ses propriétés thérapeutiques générales.

(*J. O.*, 24 Mai 1944.)

SECTION PERMANENTE du Comité du massage médical

Sont nommés membres de la section permanente :

Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Paris ou son délégué; les docteurs DENIKER (Paris), DUCROQUET, représentant l'Ordre des médecins; MM. DUPUIS, vice-président du syndicat national des masseurs médicaux français; NICOLLE, président du syndicat professionnel des masseurs aveugles de France; le docteur RUFFIER (Paris).

***

Brevet de masseur médical. — Un examen en vue de l'obtention du brevet de masseur médical aura lieu dans le courant du deuxième semestre 1944 à Paris, à Lyon et à Bordeaux.

Sont admis à prendre part audit examen les candidats remplissant les conditions suivantes :

a) Posséder la nationalité française;

b) Avoir pratiqué régulièrement la massothérapie depuis un an au moins lors de la promulgation de la loi du 15 Janvier 1943;

c) Etre possesseur d'un diplôme, brevet ou certificat délivré librement par une école de massage.

Inscription le 1er Août 1944 au plus tard, par l'intermédiaire du directeur général de la Santé et de l'Assistance du ressort.

(*J. O.*, 28 Mai 1944.)

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Le titre de professeur honoraire est conféré à MM. TIFFENEAU, AUBERTIN et CHIRAY.

NOMINATION.

M. JOANNON, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er Juin 1944, professeur d'hygiène en remplacement de M. Tanon, retraité.

ELECTIONS.

Le Conseil de Faculté a décidé de proposer à l'agrément du ministre, pour occuper la chaire de technique chirurgicale (création). En première ligne : M. MOULONGUET; en seconde ligne : M. WILMOTH.

VACANCES DE CHAIRES.

Les chaires suivantes sont déclarées vacantes :

Chaire de pharmacologie et matière médicale (dernier titulaire : M. Tiffeneau, admis à la retraite à compter du 1er Octobre 1944).

Chaire de thérapeutique (dernier titulaire : M. Aubertin, admis à la retraite à compter du 1er Octobre 1944).

Chaire d'hydrologie et climatologie thérapeutique (dernier titulaire: M. Chiray, admis à la retraite à compter du 1er Octobre 1944).

Un délai de vingt jours à dater du 4 Juin 1944 est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Un Cours de technique hématologique et sérologique, fait par M. Edouard PEYRE, chef de laboratoire, et comprenant 16 leçons, commencera le lundi 19 Juin 1944, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants; les séances comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et technique;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Inscriptions (400 fr.) au Secrétariat de la Faculté.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lille. — M. MACQUET institué agrégé est nommé agrégé chargé d'enseignement à compter du 1er Mars 1944.

Faculté de Médecine de Lyon. — VACANCES DE CHAIRE. Par arrêté en date du 13 Mai 1944 les chaires suivantes sont déclarées vacantes :

Clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Rhenter, décédé);

Pathologie interne (dernier titulaire : M. Cordier, décédé).

Un délai de 20 jours, à dater du 24 Mai 1944, était accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

— Par arrêté du 18 Mars 1944, M. DELORE, agrégé, est nommé, à compter du 1er Mars 1944, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologique à la même Faculté, en remplacement de M. Gatė, transféré.

— M. PIGEAUD, agrégé d'obstétrique, est chargé provisoirement du service de la chaire de clinique obstétricale (M. Rhenter, décédé).

— M. PAUPERT-RAVAULT, agrégé, est chargé provisoirement du service de la chaire de pathologie interne (M. Cordier, décédé).

Faculté de Médecine de Marseille. — PRIX POUR L'ANNÉE 1942-1943.

Médaille d'or des professeurs: Médecine, J. Robert; Pharmacie, J. Mercier.

Prix Jules et Louis-Jeanbernat : J. Grisoli.

Prix de thèses : Médecine : méd. d'argent : J. Pierron ; méd. de bronze: Mme Deferré, M. Ch. Delanoe. — *Chirurgie:* méd. d'argent : R. Roche ; méd. de bronze : Dieulangard, Labastie. — *Biologie :* méd. d'argent : J. Grisoli ; méd. d'argent pharmacie : G. Deltour; accessit : P. Ponsoye. — *Pharmacie :* méd. d'argent : Mlle A. Laurens; méd. de bronze : Mlles Griscelli et Tredez. — *Doctorat d'Etat (Pharmacie)* : méd. de bronze : Mlle Baudoin.

Prix du Conseil supérieur de la Pharmacie : M. Mercier.

— Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 4 Mai dernier, a accepté les dons suivants offerts par les Laboratoires Specia : 1° un don de 5.000 francs à l'interne en médecine reçu 1er au concours des hôpitaux de l'Assistance publique de Marseille; 2° un don de 3.000 francs à l'externe en médecine reçu 1er, et un don de 2.000 francs à l'externe en médecine reçu 2e au concours des hôpitaux de l'Assistance publique de Marseille.

Faculté de Médecine de Nancy. — Mme STEHLIN, née Jouffroy, est chargée des fonctions de chef de clinique médicale infantile, en remplacement de M. Roussel, démissionnaire.

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours pour l'emploi de *professeur suppléant de pharmacie et matière médicale* à l'Ecole de Médecine de Besançon s'ouvrira le 27 Novembre 1944 devant la Faculté de Pharmacie de Nancy.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— M. JACQUEMAIN, assistant à la Faculté des Sciences, est nommé professeur titulaire de pharmacie et matière médicale.

Ecole de Médecine de Caen. — M. VIGOT, professeur de clinique médicale, est nommé pour 3 ans directeur de l'Ecole.

— M. PORIN, professeur de pathologie interne, est nommé assesseur.

— M. OLIVIER, professeur suppléant de clinique médicale et pathologie interne, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine expérimentale (M. Porin, transféré).

Ecole de Médecine de Nantes. — M. POLLES, pharmacien suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie (M. Guéguen, transféré).

Inspection de la Santé

— M. FOURNIER, médecin inspecteur adjoint de la Santé du *Calvados*, a été affecté, en la même qualité, dans le département de l'Indre.

— La démission de M. FUMINIER, médecin inspecteur de la Santé du *Lot*, est acceptée, à compter du 1er Mai 1944.

— M. ROLLAND a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Alpes-Maritimes*.

— M. AVALLONE a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de *Lot-et-Garonne*.

— Mlle BLEU a été nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé dans le *Loiret*.

Conditions d'attribution des postes de médecins inspecteurs adjoints de la Santé aux officiers de carrière. — A titre exceptionnel et jusqu'au 1er Juillet 1944, des postes de médecins inspecteurs adjoints de la Santé pourront être attribués aux officiers de carrière des armées de terre, de mer et de l'air en position d'activité le 26 Novembre 1942, ainsi qu'aux officiers de la marine marchande sans engagement maritime.

Les candidats devront être titulaires du diplôme de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène.

Les candidats pourvus d'un poste de médecin inspecteur adjoint de la Santé seront astreints à un stage probatoire de 6 mois. Il sera statué ensuite sur leur admission définitive.

(*J. O.*, 24 Mai 1944.)

Concours et places vacantes

— Le délai de 3 mois prévu pour la publicité des concours en vue du recrutement du personnel médical et du personnel pharmaceutique des hôpitaux et hospices publics peut être réduit par décision du directeur régional de la Santé et de l'Assistance si les circonstances l'exigent.

(*J. O.*, 28 Mai 1944.)

***

Médecins des Hôpitaux de Paris. — 1er CONCOURS 1944 (3 places). *Sont nommés :* MM. LAPLANE, BROCARO et DEBRAY.

Assistant d'obstétrique des Hôpitaux de Paris. — A la suite du dernier concours, M. THOYER-ROZAT a été nommé.

Chirurgiens des Hôpitaux de Nancy. — A la suite des épreuves du concours du 25 Mai 1944, M. PIERRE BERTRAND a été nommé.

Médecin de l'Assistance médicale à domicile. — JURY : MM. Julien Huber, médecin des hôpitaux; J. Ravina, gynécologue-accoucheur des hôpitaux et MM. Guerrier, Ch. Renault, Roubaud, Touchard, Picard, médecins de l'A. M.

Externat des Hôpitaux de la région parisienne. — CONCOURS 1944. — *Candidats admissibles :* MM. R. Laumonier, 47; G. Dionisi, 45; P. Friedel et P. Brument, 42; J. Routier, 41; P. Vaujour, 40 1/2; M. Grellet, 40; B. Chauderlot, 39;

9. J. Feliciano, M. Postel et F. Meunier, 38; R. Legros, M. Renault, R. Pauleau et J. Mognetti, 37; R. Pépin et et J. Roume, 36 1/2; G. Haye, 36; M. Dumée, 35 1/2.

20. P. Juret et Y Malinas, 35; J. Teinturier, J. Hummel Mlle Le Lièvre, H. Balmary et R. Clin, 34; J. Gauliard et J. Pelbois, 33 1/2; J. Dubray-Vautrin, 33;

30. P. Nalpas, 32 1/2; P. Perrier et E. Laham, 32; J. Cauchois, Mlle Renaudin et J. Flavigny, 31 1/2; E. Barbet et J. Thomas, 31; M. Palfer-Sollier et J. Body, 30;

40. L. Descamps, 29 1/2; Dubois de Montreynaud, S. Brisabois, J. Richard, D. Duché et J. Guillaumin, 29; P. Coupaye, R. Sevegrand et J. Hurel, 28 1/2;

49. J. Foing, J. Le Tournau, E. Barbier, O. Le Jeune et J. Leménager, 28; C. Julia, 27; P. Naudin, 26 1/2; H. Wronecki, R. Lepront, A. Rémond et J. Girard, 26; Mlle J. Ducelay, 25.

Sanatorium de Vaucluse à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — On demande un médecin-assistant au courant phtisiologie, et interne. Adresser les demandes au médecin-chef.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION

Le gouvernement cite à l'ordre de la Nation, à titre posthume :

M. NGUYEN TANG CHUAN, médecin indochinois de 3e classe de l'Assistance médicale indigène à Dalat (Annam), pour les motifs suivants : praticien zélé, une nouvelle affectation lui ayant été offerte pour raison de santé, a tenu à rester à son poste à une époque où sévissait une épidémie de typhus exanthématique; pleinement conscient du danger qu'il courait, a prodigué ses soins les plus dévoués aux malades auprès desquels il a contracté le typhus dont il est mort.

Nouvelles diverses

L'Association Médecine et Famille, le dimanche 14 Mai, faisait pour la seconde fois célébrer une messe solennelle. Cette cérémonie, qui avait lieu dans l'église Saint-Louis des Invalides, avait réuni un nombre considérable de médecins accompagnés de leur famille. Au premier rang de l'assistance, à côté du docteur Georges LABEY, président de l'Association, avaient pris place un représentant du ministre de la Santé; M. RENAUDIN, commissaire général à la Famille; le Prof. BAUDOUIN, doyen de la Faculté de Médecine; le Prof. PERROT, président de l'Académie; le Prof. PORTES, président du Conseil national de l'Ordre des médecins; M. PERNOT, ancien ministre, président de la Fédération des Associations de Familles nombreuses de France; le docteur MONSAINGEON, président du Centre de Coordination des Activités familiales; M. ALFRED BOUR, conseiller municipal, président du Groupe de la famille de cette assemblée ; etc...

La messe était dite par le fils du regretté docteur RAOUL LABBÉ et l'allocution a été donnée par l'abbé DECLAIRE, docteur en médecine.

Un programme musical important, dont l'exécution était assurée par un groupement médical, a été entendu au cours de la messe.

Cette cérémonie, admirablement organisée dans tous ses détails par le docteur RENAUDEAUX, délégué général de *Médecine et Famille*, a été une démonstration impressionnante de l'importance prise dans notre milieu par cette association. Sa vitalité est un précieux encouragement pour tous ceux qui, à juste titre, cherchent à développer tout ce qui a trait à la famille, condition essentielle du relèvement du pays.

La Fondation « Sanatorium des Étudiants » a ouvert, dans les locaux du Service médical de la Cité Universitaire de Paris, une *section de pré-cure* (hospitalisation et soins immédiats avant l'envoi au sanatorium). Elle est gérée par la Maison Universitaire de post-cure de Paris ; on annonce, en outre, l'ouverture de deux sanatoriums annexes réservés aux étudiants, l'un au *château des Tilleroyes*, géré par le sanatorium départemental du Doubs; l'autre à *Cormaranche* (Ain), géré par le sanatorium de la Croix-Rouge française d'Angeville.

Les admissions au sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet, dans les maisons de post-cure et les nouveaux établissements ci-dessus sont centralisées par le *Service des envois en cure*, 49, rue de Bellechasse, Paris-7e.

Le Conseil d'administration de la Fondation a désigné, à

titre temporaire et pour la durée de la guerre, M. DOUADY comme directeur général des Etablissements de cure et M. LARDANCHET comme médecin-directeur du sanatorium des Etudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet.

Remplacements médicaux dans la région de Montpellier. — Nombreux sont les étudiants en médecine en fin de scolarité ou de jeunes médecins non encore installés qui seraient heureux, de Juin à Novembre, d'accomplir des remplacements de médecins.

Les médecins désireux de s'absenter peuvent adresser leurs demandes à M. Saint-Martin, président de la Corpo. de Médecine, directeur de l'Office central des Etudes de Médecine, 5, rue de la Croix-d'Or, Montpellier.

Le docteur Hugues Gounelle, directeur du Centre de Recherches de l'hôpital Foch, nous prie de faire connaître que c'est sans son accord préalable qu'a été mentionné dans une circulaire publicitaire un des travaux qu'il a publiés sur la sous-alimentation.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame CHARLES DEBRAY sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Sylvie*. (Paris, 3, rue Pierre-le-Grand, le 20 Mai 1944.)

— Le docteur et Madame JACQUES WINTREBERT sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Catherine*. (Paris, le 30 Mai 1944.)

— Le docteur et Madame ANDRÉ PÉNARD ont la joie d'annoncer la naissance de leur fils *André-Max*. (Plédéliac [Côtes-du-Nord], le 25 Mai 1944.)

— M. JEAN LAVARDE, interne des hôpitaux de Paris, et Madame, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Stéphane*. (Paris-14e, 11, rue d'Alésia, le 17 Avril 1944.)

— Le docteur et Madame MARCEL ROUX sont heureux de faire part de la naissance de leur 2e enfant, *Marie-Lætitia*. (15 Mai 1944.)

— Monique et François BAILLY ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Patrick*. (De la part du docteur et de Madame JEAN-MARIE BAILLY, à Marle [Aisne], le 11 Mai 1944.)

— Le docteur et Madame MAURICE DRAIN sont heureux de faire part de la naissance de leur fille, *Marie-Christine*. (Saint-Quentin, le 17 Mai 1944.)

— Le docteur et Madame L. PHILIPPE ont la joie de faire part de la naissance de leur fille *Anne*. (Roanne, le 14 Mai 1944.)

Mariage.

— Nous apprenons le mariage du docteur JEAN-F. PORGE, médecin consultant à Saint-Nectaire, ancien chef de clinique à la Faculté, avec Mademoiselle Jacqueline Cordier. (Mai 1944.)

Décès.

— On annonce le décès des docteurs :

ROCHETTE (Orange); CAZALIS, médecin ophtalmologiste de Béziers; RÉMY-ROUX, électro-radiologiste des hôpitaux d'Avignon; DAUDÉ (du Vigan); VERSMÉE (La Grand'Combe, Gard); médecin général en retraite ROUFFIANDIS, ancien directeur du Service de Santé de la 16e région, décédé à Perpignan; SCHAEFFER et GRAMBADE, médecins des hôpitaux de Béziers; DONNEZAN, électro-radiologiste des hôpitaux de Perpignan; PIGOT (Albi); COULOUMA (Saint-Chinian, Hérault); Maurice CATHALA (Carcassonne); BOUSQUET (Rodez); MARISSAL, médecin phtisiologue à Montpellier, assassiné au cours de sa consultation; ANDRIEU (Montpellier); A. VIALLETON, fils du Prof. Louis Vialleton, médecin de l'armée; Henri GRENIER (Paris); Mlle Odile RABUT, externe des hôpitaux de Paris.

— On annonce le décès le 27 Mai 1944, lors du bombardement aérien qui a détruit le pavillon chirurgical du Centre Gaston-Doumergue, à Nîmes :

Du docteur Max BOUNIOL, ophtalmologiste des hôpitaux de Nîmes, ancien spécialiste principal des armées en 1940; du docteur Jean ETIENNE, interne des hôpitaux de Nîmes, fils du Prof. Edmond Etienne, de Montpellier; du docteur Jacques DEBORDE, interne des hôpitaux de Nîmes; de M. Georges PERAZZO, interne suppléant des hôpitaux de Nîmes et de Mademoiselle Jeanne-Marie PELISSIER, étudiante en médecine, fille du docteur André Pélissier, de Nîmes, tous originaires de la Faculté de Médecine de Montpellier.

— On annonce le décès, à Lyon, au cours du bombardement, du Prof. ROCHAIX, directeur de l'Institut bactériologique, et de son assistant, le docteur SIMON.

— Le docteur ELISABETH SCHOULLER-MERCIER et son mari le docteur ALBERT SCHOULLER, médecin-directeur du sanatorium départemental d'Helfaut par Solre-le-Château [Nord], font part du décès de M. XAVIER MERCIER, leur père et beau-père, survenu au sanatorium d'Helfaut le 4 Juin 1944.

— On annonce le décès de Mme JENNY BOITARD-BESANÇON, mère du docteur L. JUSTIN-BESANÇON, de Paris.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

LUNDI 3 AVRIL. — M. Baillet : *Les abcès staphylococciques du poumon.* — M. Fileux : *Etude des rapports cliniques et étio-pathogéniques de la spondylose rhizomélique et de la polyarthrite périphérique.* — M. Vittoz : *Contribution à l'étude des frontières du botulisme.* — M. Huchet : *L'examen médical du sportif au Centre médico-sportif.* — M. Chrétien : *Contribution à l'étude étiologique et pathogénique du volvulus du mégacôlon.* — Mlle Narlian : *A propos de 2 cas de « Pterygium coli congenitium ».* — M. Clerc : *Etude mécanique de l'articulation du coude.* — M. Mevel : *A propos du traitement de l'énurésie.* — M. Pruel : *Les images radiologiques du thorax de l'enfant nouveau-né normal.* — M. Louis : *A propos d'un cas d'ostéolyse des doigts.* — M. Mauseau : *Contribution à l'étude du cerclage au fil métallique dans les fractures spiroïdes du tibia.*

MARDI 4 AVRIL. — M. Youinou : *Les occlusions intestinales aiguës par ascaris.* — M. Guezou : *Contribution à l'étude des angiomes du larynx.* — Mlle Mandon : *Résultats du pneumothorax dans les formes graves de la tuberculose pulmonaire.* — M. Singer : *Essai sur les effets physiologiques de l'histaminase et ses anti-histaminiques. Base de leur emploi dans l'allergie et en dermatologie.*

VENDREDI 14 AVRIL. — Mlle Le Failler : *La vie angevine de Béclard.* — M. Lippmann : *Etude clinique de l'ostéoarthrite déformante primitive.* — Mme Morin-Gauthier : *La psychiatrie dans l'œuvre littéraire de Guy de Maupassant.*

MARDI 25 AVRIL. — M. Trautner : *Les réactions tuberculiniques dans la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.* — M. Dupré : *Etude et diagnostic des opacités arrondies intrathoraciques.* — Mme Le Pourhiet : *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les jumeaux.* — M. Mazzoli : *Sur un cas de kyste hydatique du médiastin postérieur.* — M. Darthonay : *Contribution à l'étude des complications des traitements de choc en psychiatrie.* — M. Deflinne : *L'oto-rhino-laryngologie en hygiène scolaire.*

MERCREDI 26 AVRIL. — M. Morice : *L'hypotension intracranienne.* — Mme Le Pourhiet : *Contribution à l'étude de la lymphodémie tuberculeuse.* — M. Ramaroni : *Contribution à l'étude des otites de la rougeole.* — M. Simon : *L'épidémiologie du typhus marin dans la marine de guerre.* — M. Marquet : *Intoxications alimentaires par certaines légumineuses.* — M. Huertas : *L'asphyxie intra-utérine du fœtus.* — M. Bazin : *Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie.*

MERCREDI 3 MAI. — Mlle Naline : *Essai sur le traitement de l'ascite des cirrhotiques par le citron.* — M. Mahy : *La hernie discale. Valeur du lipiodolo-diagnostic.* — M. Laporte : *Contribution à l'étude de l'hystérosalpingographie. Diagnostic et traitement de la stérilité féminine.*

MARDI 9 MAI. — M. Loyer : *Des fistules œsophago-trachéales.* — M. Trocmé : *Pleurésies purulentes primitives à staphylocoques chez l'enfant.*

MERCREDI 10 MAI. — M. Lacroix : *La place de la résection modelante du rebord cotyloïdien dans le traitement de l'arthrite sèche de la hanche.* — M. Daubail : *Des épithéliomas du jéjunum.* — M. Pieyre : *Intérêt pré-opératoire des examens biologiques dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire.*

VENDREDI 12 MAI. — M. Callerot : *Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien du débile.* — M. Thaly : *Contribution à l'étude du diagnostic de l'appendicite chronique et de l'importance de l'examen radiologique complet de la traversée digestive.* — M. Guinsbourg : *Contribution à l'étude de l'oxyurose et son traitement par le violet de gentiane.*

MARDI 30 MAI 1944. — M. Henry : *Considération sur l'alimentation en Afrique du Nord.* — Mme Lavagne-Mézière : *Quelques aspects histo-pathologiques de la tuberculose expérimentale du cobaye.* — M. Glotin : *Un cas d'hémiplégie typhique.* — M. Lecomte : *Hypersomnie rythmée par les règles.* — M. Péron : *Les métastases ovariennes du cancer du sein.* — M. Villebœuf : *Aperçu historique sur le traitement de la peste au moyen-âge.* — M. Crouzatier : *Mesure de la pression réelle intracavitaire et le début dans la méthode de Monaldi.* — M. Devignes : *Essais de sulfamidothérapie intra-pleurale dans les pleurésies purulentes tuberculeuses.*

MERCREDI 31 MAI. — M. Thullier : *De l'association du myélome multiple des os et des leucémies.* — M. Rellay : *Angiomes du foie.* — M. Abeille : *L'étude métrique des structures corporelles par la méthode des déviations proportionnelles.* — M. Pouget : *Tuberculose primitive de l'urètre antérieur.* — M. Fesneau : *Pansement avec la pellicule cellulosique (à l'origine produit de remplacement).* — M. Daguin : *Sur un nouveau mode de traitement phytothérapique des états allergiques.* — M. Pham Ba Cu : *La médecine chinoise à travers les âges. Ses principes philosophiques et leur application dans l'hygiène taviste.* — M. Lege : *Dépistage de la syphilis ignorée.* — M. Orecchia : *L'enclouage d'urgence. Fractures du col.* — M. Dorion : *Contribution à l'étude de la maladie hémolytique.*

VENDREDI 2 JUIN. — M. Darsy : *Des perspectives de la vitaminothérapie D/2, particulièrement dans les affections tuberculeuses.* — M. Clément : *Les diarrhées chroniques. Essai de classification et de traitement.* — M. de Lima : *Les tumeurs du trou occipital.* — M. Lerique : *L'électromyographique élémentaire chez l'homme.* — M. Desnoyelles : *Contribution à l'étude des septicémies à méningocoques.* — M. Beltan : *Etude expérimentale des éléidomes.*

LUNDI 5 JUIN. — M. Jost : *Principe de dosage électro-statique des aérosols. Applications à la thérapeutique transpulmonaire.* — M. Hideux : *A propos d'un cas de cancer de l'estomac encore localisé à la muqueuse.* — M. Ruben : *Les causes d'erreurs des numérations hématologiques.* — M. Tassel : *Contribution à l'étude radiologique du larynx normal.* — M. Wilmet : *La périgalactophorite fibreuse de l'homme.* — M. Le Coniac : *Du mégarectosigmoïde.* — M. Le Milon : *Le retentissement rénal des calculs de l'uretère.* — M. Pradel : *Contribution à l'étude pathogénique des diverticules vésicaux, spécialement dans la maladie du col.* — M. Desprez : *Contribution à l'étude des troubles mentaux au cours de l'infarctus du myocarde.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est insérée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

A céder, cause décès, cabinet médec. install., outill., droit au bail. Bonne clientèle. Possibilité sit. avenir pour jeune médecin actif. Oloron (B.-P.). Ecr. *P. M.*, no 687.

Chirurgien achète compt. poste chirurgical. Ecr. *P. M.*, 691.

Cherche infirmier psychique, bon. présent., énergique, caractère agréable, pour malade environs Paris. Ecr. *P. M.*, no 707.

A vendre : 2 fauteuils, 1 chaise de bureau, modernes, vert, tr. bon état, conv. à Dr. Tél., de 2 à 4, Dau. 07-22.

Chirurgien cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. *P. M.*, no 730.

Dsse sinistrée, tr. active, anc. ext. hôp. Paris, ch. poste à la campagne, Bretagne de préfér. Accepterait un remplacement av. promesse de vente. Ecr. *P. M.*, no 732.

Labo demande visiteur médical pouvant s'adjoindre 2e Labo pour la région Nord. Ecrire Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa no 08-371.

A vendre, à Evian, maison convenant à clinique ou maternité, 23 pièces, dont 19 chambres, eau courante, gaz, électricité. Ecr. *P. M.*, no 735.

Fille de Dr, prof. enseign., dessin, collège Etat, st.-dactylo, ch. empl. pendant vacances (Juillet, Août et Sept.) ch Dr ville d'eaux ou autre. Tr. sér. réf. Ecr. *P. M.*, no 739.

Clinique sud-est achèterait matériel ameublement clinique. Ecr. *P. M.*, no 742.

Microscope Leitz, revolver 3 object., 3, 7, immers. 1/12e, 3 ocul. 1, 3, 6, plat. ronde tourn. et centr. s. platine à chariot mob., cond. Abbe, miroir d. coffret, parf. état. Ecr. *P. M.*, 744.

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au cour. termes médic. Ecr. *P. M.*, no 745.

Médecin ville calme Ouest, ch. de suite remplaçant 3 semaines env. Pourrait convenir confr. sinistré qui pourrait rester ensuite décharger excédent client. Ecr. *P. M.*, no 747.

A vendre microscope Leitz, modèle ancien, parf. état, av. jeu compl. oculaires et object. Zeiss. Oxygénateur Bayeux complet. Moins, 178, rue de Courcelles, Paris-17e.

Achèterais Précis dermatologie Darier. Ecr. *P. M.*, no 750.

Dr en médec. rech. occup. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, 754.

Sommes acheteurs bascule médicale bon état. Comar et Co. Massy (S.-et-O.).

Elève sage-femme ch. empl. clin. prov. Ecr. *P. M.*, no 756.

Jne chirurgien évacué, inscrit Conseil Ordre, dem. place assist. aupr. confr. hôp., clinique, chirurg. gynéco. en vue perfection. ou collabor. évent. Rémun. indiff. Ecr. *P. M.*, 760.

Cherche Linguaphone anglais et allemand. S'adresser à Dr Arama, Saint-Jean-du-Gard (Gard).

Important cabinet dentaire à céder à Nice. Riche clientèle, matériel moderne. Ecr. *P. M.*, no 767.

A céder lampe à U. V. sur pied. Chenaille et boîte de verres d'essai. Ecr. *P. M.*, no 768.

Radiologiste réfugié du Nord, ch. sit., aiderait confrère médec. générale. Ecr. *P. M.*, no 770.

A vendre microscope Reichert, monocul., tr. bon état, 3 object. dont immers. 1/10, 2 ocul. platine micrométrique. Dispositif condensateur fond noir. Ecr. *P. M.*, no 774.

A vendre instruments O.-R.-L., table d'opérations, guéridon, boites. Ecr. *P. M.*, no 775 ou tél. Déf. 23-18.

Jne homme, 25 a., brev. élém. et cours auxil., ch. situat. infirmier ou autre ds sana ou prévent. Ecr. *P. M.*, no 776.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm., clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, no 778.

A vendre coffre-fort Bauche, 1 *m.* 20 × 0 *m.* 40 × 0 *m.* 40, incombustible; poids, 150 kg.; machine à main à remplir en tubes. Ecr. *P. M.*, no 779.

Infirmière soignante, directrice d'hospice, cherche poste similaire ou infirmière soignante dans hospice, sana ou prévent. Fournier, Lurcy-Lévy (Allier).

Médecin 34 ans, marié, cherche remplacement un mois région sud-ouest. Ecr. *P. M.*, no 781.

A vendre cautère-lumière en bon état, avec table roulante. Ecr. *P. M.*, no 782.

Demande squelette complet articulé avec ou sans support. Dr Albert, à Amplepuis (Rhône).

Moto. Suis acquéreur d'une 3 ou 4 CV, de préfér. moto-confort à culbuteurs 39 ou 40, tr. bon état. Dr Pecunia, Arc. 16-48.

Suis ach. micro-bactériol. 2 ou 3 ocul., 3 ou 4 object. dont 1 imm. 1/15 platine, mouv. rectang. Ecr. *P. M.*, no 785.

Etudiante, 5e année, gde pratique phtisiologie, ch. I. V. insufflation, etc. ou aide méd. surchargé. Ecr. *P. M.*, no 786.

Jne méd. ch. pl. assistant ch. électro-radiologue en vue prendre succ. ds un temps plus ou m. long. Ecr. *P. M.*, no 787.

A vendre canadienne, grande taille, tissu bleu marine doublé molleton beige, col façon castor : 3.000 fr. Ecr. *P. M.*, no 788.

Etudiant méd. 6e an., au cour. prat. accouchem., forceps, anesthésie, piqûres, ayant téléphone, ch. occup. auprès médecin ou dans clinique. Ecr. *P. M.*, no 789.

Etudiant, thèse à passer, ch. place interne maternité banl. ou province, rég. Sud-Est de préférence. Ecr. *P. M.*, no 790.

Jne fille, diplômé chimiste, au courant bactériologie, ch. empl. Labo ou industrie à Paris. Ecr. *P. M.*, no 791.

Cherche appareil diathermie ophtalmolog. (± 1 ampère). Ecr. *P. M.*, no 792.

Dame seule ch. situat. ch. Dr comme secrét., pourrait dirig. intér. Réf. de Dr. Ecr. Meistre, 16, r. de Marignan, Paris.

A vendre comb. cystoscopique Drapier à bille (Marion), stér. à la chaleur : 1 opt., 1 unil., 1 bilat., 1 explor., en boîte nickelée, tr. b. état, compl. (dble emp.). Ecr. *P. M.*, no 771.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA THÉOPHYLLINE MÉDICAMENT SPÉCIFIQUE DE LA DYSPNÉE DE CHEYNE-STOKES

PAR MM.

C. LIAN, J. FACQUET et P. FRUMUSAN

Nous nous proposons de montrer l'effet curateur véritablement spécifique et extraordinairement efficace qu'exerce la théophylline sur la dyspnée dite de Cheyne-Stokes. Utilisé tout d'abord à cet égard par Vogl, Singer, Scherf [1], ce médicament a été employé par l'un de nous dès 1938 [2]. Depuis lors, nous avons continué à l'utiliser contre la respiration périodique des cardio-scléreux et sommes actuellement en mesure d'en préciser les indications et les modalités d'application.

Cette dyspnée périodique est extrêmement pénible pour le malade. Les thérapeutiques cardio-dynamiques habituelles restent souvent sans effet sur elle. Au contraire la théophylline entraîne en général immédiatement la disparition du phénomène et le soulagement complet du malade [3].

Observation I. — Tel était le cas de ce sujet âgé de 56 ans, atteint d'une insuffisance aortique spécifique. Depuis deux mois il souffre de dyspnée d'effort, mais surtout d'une dyspnée permanente, qui s'exagère la nuit, lui enlève tout sommeil. Il a subi plusieurs cures de digitaline ou d'ouabaïne qui sont restées sans succès.

A l'examen, rythme de Cheyne-Stokes extrêmement net ; pas d'œdèmes, pas de gros foie, pas de râles aux bases pulmonaires. Urée : 0,32. Vitesse circulatoire au dycholium nettement ralentie, vingt-quatre secondes.

Devant ce tableau, on pratique aussitôt l'injection intraveineuse de 0 g. 25 de théophylline-éthylène-diamine. Dès la fin de l'injection intraveineuse, l'irrégularité respiratoire cesse instantanément, en même temps que le sujet accuse une sensation de bien-être immédiat. Il n'a plus de gêne respiratoire, la nuit suivante sera excellente.

Pendant dix jours on continue l'administration quotidienne de 0 g. 25 de théophylline par voie intraveineuse. Puis ce médicament est définitivement supprimé. Trois mois après, la respiration est toujours régulière.

Cette observation illustre l'efficacité véritablement extraordinaire de cette thérapeutique, son caractère spectaculaire.

Des résultats aussi brillants peuvent d'ailleurs encore être obtenus à un stade plus avancé de l'insuffisance cardiaque.

Observation II. — M. R..., âgé de 58 ans, a dû cesser tout travail depuis deux ans. Depuis deux mois, son affection s'est aggravée : il ne quitte plus le lit, et, malgré des cures répétées de digitaline et d'ouabaïne, il étouffe sans cesse et a complètement perdu le sommeil. Dès qu'il commence à somnoler, il est réveillé par une angoisse respiratoire atroce. Il se lève, fait quelques pas, se recouche. Mais dès que le sommeil vient, l'étouffement reparaît, et ainsi de suite. La morphine en suppositoires ou en injections a nettement aggravé son état.

Examen. — Sujet très pâle, très fatigué, avec de légers œdèmes malléolaires, le foie un peu gros, les bases pulmonaires encombrées. Au cœur, double souffle d'insuffisance aortique, bruit de galop. Tension artérielle 19-7. Vitesse circulatoire vingt-huit secondes. Dyspnée de Cheyne-Stokes avec des pauses durant sept à huit secondes.

L'injection intraveineuse de 0 g. 25 de théophylline fait disparaître l'irrégularité respiratoire instantanément et aussitôt le malade se déclare soulagé. Elle est renforcée par une injection intra-musculaire de 0 g. 50 le soir. La nuit est excellente. Enfin le malade, pour la première fois depuis deux mois, peut dormir. La même thérapeutique associée à l'ouabaïne intraveineuse est poursuivie pendant dix jours, puis définitivement suspendue. Le rythme de Cheyne-Stokes n'est plus reparu depuis quatre mois.

Quand l'insuffisance cardiaque est encore plus accentuée, des résultats très intéressants peuvent encore être obtenus, mais, comme on pouvait s'y attendre, ils sont à la fois moins rapides et moins durables.

Observation III. — M. Ros..., âgé de 42 ans, est atteint depuis deux ans d'une grave insuffisance ventriculaire gauche consécutive à une hypertension artérielle. En Mai 1943, premier séjour dans le service : asystolie, fibrillation auriculaire, mais pas de dyspnée de Cheyne-Stokes. Sorti du service très amélioré, il y entre à nouveau en Juillet présentant les mêmes symptômes que précédemment ; mais on constate, en outre, à ce moment l'existence d'un rythme de Cheyne-Stokes très accusé avec pauses respiratoires très longues.

On fait une première injection intraveineuse lente de 0 g. 25 de théophylline. A la fin de cette injection, le rythme respiratoire se régularise, mais pour un temps très court, trois minutes seulement, à la suite de quoi le rythme de Cheyne-Stokes reparaît.

On attend une heure, puis on fait une nouvelle injection intraveineuse de 0 g. 25 de théophylline. Le rythme de Cheyne-Stokes disparaît alors de façon durable. On continue l'injection intraveineuse tous les matins, associée à 0 g. 50 en injection intra-musculaire tous les soirs. La respiration reste régulière pendant douze jours. Puis le rythme de Cheyne-Stokes reparaît malgré la thérapeutique. Il persistera jusqu'à la mort qui survient le 29 Septembre.

Comme on le voit, il arrive un moment où le trouble circulatoire est trop accentué pour pouvoir être contrebalancé par la théophylline. Mais à ce stade l'insuffisance cardiaque est si profonde que la dyspnée périodique n'est qu'un des éléments d'un ensemble de manifestations extrêmement graves, toutes au-dessus des ressources thérapeutiques.

Il en allait de même dans une autre de nos observations où la dyspnée périodique était survenue au cours d'un tableau de grande insuffisance cardiaque consécutive à un infarctus du myocarde, et où cependant la théophylline répétée quotidiennement matin et soir réussit à faire disparaître le trouble respiratoire pendant plus de deux mois. Ultérieurement celui-ci reparut malgré la thérapeutique, et ne précéda d'ailleurs la mort que de trois semaines.

Même dans les cas les plus graves, la théophylline, sans pouvoir obtenir des améliorations durables et soulager utilement le malade, peut manifester cependant son activité extraordinaire. C'est ainsi qu'il nous a été donné d'observer tout dernièrement un très beau rythme de Cheyne-Stokes chez une femme atteinte d'une grande insuffisance cardiaque et présentant en outre une paralysie faciale avec aphasie témoins d'un ramollissement cérébral récent. Le décès survint deux jours après l'entrée dans le service. La théophylline intraveineuse, injectée à deux reprises, obtint les deux fois la disparition de l'arythmie respiratoire immédiatement après l'injection, mais pour une durée très brève de trois à quatre minutes seulement. Ici, évidemment, le trouble circulatoire encéphalique était particulièrement profond, comme en témoignait l'existence du ramollissement cérébral, et ce n'est que dans les quelques minutes suivant l'injection que le médicament pouvait contrebalancer les facteurs responsables de la dyspnée de Cheyne-Stokes.

A l'opposite de ces formes graves se placent les formes intermittentes, purement nocturnes de la dyspnée de Cheyne-Stokes. Leur existence est connue depuis longtemps, mais on méconnaît en général leur fréquence relative sur laquelle l'un de nous a insisté, fréquence qui nous paraît de plus en plus grande [4]. Elles tirent leur origine du rôle important de l'activité cérébrale consciente sur le rythme respiratoire. Il faut penser à leur existence, chaque fois qu'un malade, dès qu'il s'endort, est réveillé en sursaut par des mouvements respiratoires violents, rapides et angoissants. Le malade se lève, marche, puis s'assied ; s'il s'endort de nouveau, même assis, il est repris des mêmes troubles. Il faut aussi interroger l'entourage qui dans certains cas a noté les pauses respiratoires, mais qui assez souvent ne les remarque pas. Le médecin doit savoir que la non-constatation de la dyspnée de Cheyne-Stokes pendant le jour ne permet pas d'écarter l'existence de cette dyspnée périodique la nuit à l'occasion du sommeil. Il est bon de se rappeler que la morphine accentue cette dyspnée périodique.

Si l'on n'a pas la possibilité d'observer le malade la nuit, on institue les prescriptions habituelles contre une insuffisance cardiaque compliquée de crises dyspnéiques nocturnes (pseudo-asthme ou œdème aigu), mais au lieu d'ordonner pour la nuit des barbituriques ou des préparations opiacées, on prescrit la théophylline qui joue le rôle d'un véritable traitement d'épreuve. Il en sera surtout ainsi si l'on fait commencer le traitement un soir par la théophylline, et qu'on institue seulement le lendemain les autres prescriptions contre l'insuffisance cardiaque. On voit ainsi, lorsque la dyspnée de Cheyne-Stokes est en cause, cette dyspnée périodique cesser dès le premier soir où le malade passe une bonne nuit, alors qu'il ne dormait pas depuis des semaines ou des mois.

Voici, pour illustrer l'histoire des Cheyne-Stokes nocturnes, 3 observations caractéristiques.

Observation IV. — M. D..., âgé de 74 ans, est un hypertendu artério-scléreux de très longue date, mais qui supportait très bien son hypertension jusqu'à il y a trois semaines environ. A partir de cette époque, il ne peut plus dormir, car, dit-il, à peine s'est-il endormi qu'il est réveillé par une sensation d'étouffement très pénible qui le force à se lever. Bientôt il est soulagé, se recouche, se rendort, mais aussitôt le même malaise reparaît, et ainsi de suite. Il n'existe aucun signe d'encombrement vasculaire périphérique, pas de galop. Néanmoins, la vitesse circulatoire est de vingt-deux secondes, la respiration est régulière pendant le jour. L'injection intra-musculaire de 0 g. 50 de théophylline le soir, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, fait disparaître le trouble dès la première nuit.

Observation V. — M. P..., 69 ans, ne dort plus depuis trois mois, et même depuis quelques jours doit marcher dans sa chambre toute la nuit, car s'il s'assied il tombe de sommeil et aussitôt ses suffocations angoissantes reprennent. La digitaline, l'ouabaïne ne l'ont pas soulagé.

Examen. — Insuffisance aortique et mitrale, galop, léger œdème malléolaire. Tension artérielle 12-5, respiration régulière.

Nous prescrivons pour la nuit un suppositoire de 0 g. 35 de théophylline. Le soir même il dort toute la nuit et applique seulement le lendemain notre autre prescription, digitaline 1/5 de milligramme par jour pendant sept jours. Deux semaines plus tard, continuant à prendre chaque soir son suppositoire, il passe de bonnes nuits.

Observation VI. — M. W..., 65 ans, a, un soir, une forte crise d'angine de poitrine, puis une crise d'œdème pulmonaire aigu symptomatiques vraisemblablement d'un infarctus myocardique, car les jours suivants fièvre et baisse tensionnelle importante. Pendant un mois il reçoit presque chaque jour une injection intraveineuse d'ouabaïne. Néanmoins il étouffe toutes les nuits. Devant l'échec des prescriptions, l'un de nous est appelé en consultation, et en rapprochant certaines remarques du malade et de son entourage, diagnostique une dyspnée nocturne de Cheyne-Stokes. Prescription : ajouter 0 g. 25 de théophylline à l'injection intraveineuse d'ouabaïne, en outre, chaque soir, 0 g. 50 de théophylline en injection intra-musculaire, ou 0 g. 35 en suppositoire. Dès la première nuit, le sommeil est bon, et il en est ainsi depuis trois mois.

Tels sont les faits. Ils montrent que la théophylline peut être considérée comme le médicament spécifique de la dyspnée de Cheyne-Stokes, et que c'est même, de toutes ses vertus thérapeutiques, la plus brillante. Que ce médicament agisse en entraînant une dilatation des vaisseaux encéphaliques, et partant en obtenant une meilleure irrigation des centres nerveux respiratoires, ou bien qu'il possède par lui-même une action pharmaco-dynamique directe sur ces centres eux-mêmes, c'est ce que nous ignorons encore et ce dont nous sommes incapables de discuter. Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'aucun autre médicament réputé analeptique respiratoire, qu'il s'agisse du camphre, du cardiazol, de la coramine, de l'héxétone, de la lobéline ou de la caféine, est loin de posséder une action aussi efficace, aussi immédiate et parfois aussi durable sur le rythme de Cheyne-Stokes.

En pratique, voici comment nous concevons actuellement la thérapeutique de ce trouble chez les cardiaques.

Tout d'abord il ne faut, bien entendu, pas négliger la mise en œuvre des traitements classiques de l'insuffisance cardiaque : repos complet, alimentation déchlorurée et restriction des liquides en cas d'œdèmes, saignée, médicaments cardio-dynamiques et diurétiques habituels.

Par contre, il faut proscrire formellement les opia-

1. Vogl : *Klin. Woch.*, 1930, 9, 783. — Singer : *Wien. Klin. Woch.*, 1932, 45, 203. — Scherf : Klinik und Therapie der Herz Krankheiten, Wien, 1935.
2. J. Facquet : *Revue Médicale Française*, Janvier 1938, 43.
3. Nous n'avons eu en vue que le type caractéristique de la dyspnée de Cheyne-Stokes, mais il y a lieu de penser que nos conclusions sont valables pour ses formes atypiques étudiées par Laubry et Sigismond Bloch, *Bulletin Méd.*, 1924, 9.
4. Lian et Deparis : *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 8 Décembre 1933. Dans ce travail nous avons montré la disparition immédiate de la dyspnée périodique sous l'influence de l'inhalation de CO^2 à 10 pour 100 dans l'air atmosphérique, mais la dyspnée périodique reparaît dès la fin de l'inhalation.

cés, nuisibles en pareil cas, comme nous l'avons vu, et même se montrer sobre de barbituriques, n'y avoir recours qu'à petites doses et en cas de nécessité seulement.

Quant au médicament spécifique lui-même, la théophylline, comment faut-il l'administrer, et à quelle dose ? Mieux vaut si c'est possible intervenir énergiquement, même dans les formes peu accentuées, et, quand on ne se heurte pas à des impossibilités matérielles, nous conseillerons l'administration biquotidienne du produit :

Le matin, injection intraveineuse lente de 0 *g.* 25 de théophylline-éthylène-diamine ou de théophylline calcique. La théophylline peut être mélangée à une ampoule de 1/4 de milligramme d'ouabaïne [5]. C'est à la fin de cette première injection intraveineuse qu'on verra en général l'irrégularité respiratoire disparaître. L'injection est toujours très bien tolérée, pour peu qu'elle soit poussée lentement (trois minutes). Nous n'avons jamais eu aucun accident à déplorer.

Le soir, injection intramusculaire de 0 *g.* 50 de théophylline ; cette dernière pourrait au besoin être remplacée par un suppositoire de 0 *g.* 35 du même produit.

Cette thérapeutique sera poursuivie tous les jours pendant huit à dix jours pour consolider le résultat obtenu. Ensuite la théophylline pourra être supprimée.

Dans les cas invétérés, les prescriptions quotidiennes pourront être maintenues pendant plusieurs mois sans inconvénients. Dans les cas graves, rebelles, on peut encore augmenter la dose. C'est ainsi que chez le malade de l'observation III, n'ayant obtenu aucun résultat par une première injection intraveineuse de 0 *g.* 25, nous avons vu le rythme se régulariser à la fin d'une 2[e] injection intraveineuse équivalente pratiquée une heure après la première.

Par contre, il est prudent de ne pas dépasser la dose de 0 *g.* 25 pour une seule injection intraveineuse, des doses plus élevées pouvant entraîner des accidents importants d'allure épileptiforme, comme nous l'avons observé une fois.

Dans les formes purement nocturnes de la dyspnée de Cheyne-Stokes, on pourra se contenter d'une seule injection par jour, soit intraveineuse, soit intramusculaire, ou de l'administration d'un suppositoire. L'injection ou l'introduction du suppositoire sera faite au début de la nuit.

Il est à remarquer d'ailleurs qu'en dehors de son action respiratoire, la théophylline ne pourra avoir qu'une influence heureuse sur l'insuffisance cardiaque en favorisant la diurèse. Il en va de même dans les cas où la respiration périodique sera symptomatique d'un infarctus du myocarde comme dans notre observation VI, et où la théophylline fera bénéficier le malade de ses vertus coronaro-dilatatrices, bien qu'à vrai dire l'action diurétique et l'action vasodilatatrice coronarienne de cette drogue nous paraissent singulièrement effacées à côté du caractère extraordinairement brillant de ses vertus eupnéisantes.

5. Les ampoules mixtes de théophylline et d'ouabaïne qu'on trouve dans le commerce contiennent une dose (0 *g.* 10) de théophylline insuffisante pour faire disparaître un rythme de Cheyne-Stokes.

TRAITEMENT DES ENDOMÉTRIOMES PAR L'HORMONE MALE

Par **P. MOULONGUET**
(Paris)

Si la thérapeutique reste une maîtresse branche de la médecine, c'est parce qu'elle ne peut pas se borner à appliquer les découvertes de la physiopathologie. Elle doit faire ses recherches elle-même, par l'observation des malades et par l'expérimentation de ses propres méthodes. M. Leriche a développé cette idée à maintes reprises. Une nouvelle preuve en est donnée par la thérapeutique hormonale des troubles génitaux.

Dès que furent acquises les bases solides de la physio-pathologie des glandes génitales, la thérapeutique a mis en application chez l'homme les renseignements obtenus par l'étude des animaux de laboratoire. On sait les déboires qu'a donnés jusqu'à présent l'hormonothérapie, pour la guérison ou l'amélioration de la plupart des troubles lésionnels ou fonctionnels de l'appareil génital, aussi bien chez l'homme que chez la femme (Cotte). Par contre, voici un chapitre où les recherches expérimentales n'ont pas pu servir de point de départ, puisque la lésion n'est pas connue chez l'animal : l'endométriome — et où la thérapeutique, guidée par des hypothèses fort incertaines, a obtenu de magnifiques résultats. L'endométriome, quelle que soit sa localisation, est sensible à l'action de l'hormone mâle ; les accidents résultant des hémorragies périodiques qui s'y font sont supprimés ou très atténués. Sous réserve d'un traitement poursuivi de mois en mois, l'endométriose est neutralisée par la testostérone, comme le diabète par l'insuline et la maladie d'Addison par la cortine.

Qu'est-ce que l'endométriome ?

C'est une disposition particulière à certaines femmes de créer, dans les organes du pelvis, dans le péritoine, dans les parois abdominales et même, exceptionnellement, au niveau des membres, des utérus-miniatures, avec leur muqueuse spécifique : revêtement, glandes et stroma, avec, parfois même, une ébauche de myomètre.

Voilà le fait : cause, mécanisme, durée de cette différenciation extraordinaire d'une muqueuse utérine chez la femme adulte, au sein du tissu cellulaire, du muscle, de l'ovaire, de la paroi intestinale, sont encore mystérieuses et pour mieux dire incompréhensibles. Vis-à-vis de ce phénomène qui soulèverait, si l'on voulait, les plus hauts problèmes de la morphogénèse, les glandes génitales et notamment l'ovaire jouent un rôle, puisque la ménopause naturelle, chirurgicale ou radiothérapique, arrête net l'évolution de l'endométriome.

Nous avons donc un moyen assuré de guérir : castrer. Le remède est brutal. Quant aux opérations dirigées contre tel foyer d'endométriome, je les considère comme inopportunes puisqu'il s'agit d'une maladie de système qui, traitée ici, se reproduit là. La chirurgie ne vise que des buts localisés.

En 1936, j'ai émis l'hypothèse qu'en agissant sur l'ovaire, on modifierait la maladie de l'endométriome. Un essai de traitement radiothérapique des ovaires à dose faible, amenant une aménorrhée temporaire de quelques mois, m'a donné un résultat admirable contre un endométriome recto-vaginal ; lors de la reprise des menstrues, les accidents ne se sont pas reproduits et, quelques années plus tard, la femme a mené à terme une grossesse [1].

Malgré ce succès, dû à l'habileté de mon collègue Mallet, je pense que ce traitement est délicat et aléatoire, et j'ai cherché à modifier le terrain génital sur lequel se produit l'endométriome par l'hormone mâle. Non que je puisse croire qu'il y ait un antagonisme direct entre hormones femelle et mâle, et que j'obtienne une manière de neutralisation d'hyperovarie par la testostérone : ces vues simplistes ne sont pas de saison. Je ne suggère aucune explication des faits, j'apporte seulement des résultats thérapeutiques.

Mes observations sont au nombre de 7. La clinique de l'endométriose révèle, sous des apparences protéiformes, la pullulation et les menstrues des néo-utérus microscopiques.

Mon observation la plus impressionnante comporte de grands accidents périodiques abdominaux. Quand j'ai examiné pour la première fois cette jeune boulangère, elle avait une réaction péritonéale aiguë, avec contracture pariétale et fièvre. Une grosse masse ilio-pelvienne droite était perceptible malgré la défense musculaire. Le diagnostic porté par son médecin était celui de salpingite aiguë. Cependant l'histoire que l'on me racontait écartait de cette interprétation : depuis cinq ans la jeune femme passait au lit, avec des souffrances atroces, de dix à quinze jours chaque mois avant la survenue de ses règles et au cours de celles-ci. Les règles terminées, la crise s'atténuait. Encore endolorie, elle vivait normalement pendant deux à trois semaines. Il n'était guère de mois sans cette alternance, mais les douleurs étaient plus ou moins pénibles ; la crise actuelle dépassait en gravité toutes les précédentes. Cette anamnèse m'a paru caractéristique et, sans chercher à démontrer l'endométriome par une laparotomie, j'instituai un traitement d'attaque par l'hormone mâle (500 mg. à la dose de 25 mg. par jour). Très vite, tout danger a paru conjuré. La masse droite, hématome collecté, sans doute ovarien, s'est résorbée lentement. Les règles suivantes sont survenues sans douleurs. Aussitôt après elles, le traitement par la testostérone a été repris à doses moindres. Depuis lors, grâce à un traitement d'entretien (100 à 150 mg. par mois), la vie de cette jeune femme est devenue à peu près normale. Il y a de cela deux ans.

1. *Gynécologie et Obstétrique*, 1941, **41**, 187.

Du même ordre, mais moins dramatiques, les accidents douloureux de deux autres malades étaient toujours centrés autour de la période menstruelle. L'une d'elles, Charentaise de 30 ans, avait refusé une intervention proposée d'ablation simultanée de l'utérus et du rectum pour une tumeur perçue entre les deux (endométriome de la cloison recto-vaginale). C'est depuis un an que cette femme souffre : « La période douloureuse se produit toujours aussitôt après les règles », m'écrit le médecin qui me la confie, et qui me demande si quelque thérapeutique peut arrêter « ces crises vraiment atroces », dont il est « le témoin impuissant tous les mois », malgré la morphine. Le capiton du cul-de-sac vaginal postérieur est caractéristique de l'endométriome de la cloison. Plus haut, une masse diffuse et dure occupe la fosse pararectale droite. J'ordonne la testostérone à la dose de 10 mg. par jour, tous les jours. Les douleurs cessent presque complètement, les règles se maintiennent normales, tout va bien. Au bout de six mois on espace, puis on cesse les injections : le cycle algique recommence. Je revois cette femme, je règle son traitement et, sous couvert de 100 à 120 mg. par mois, sa vie est redevenue confortable depuis quatre ans. Dans cette observation, les lésions n'ont pas été influencées par le traitement : l'infiltration ligneuse des parties déclives du petit bassin ne s'est pas grandement modifiée.

La troisième malade avait été opérée par moi d'hémorragie intrapéritonéale non gravidique à l'âge de 20 ans. J'avais enlevé l'ovaire droit fissuré, mais je ne l'avais pas examiné histologiquement. Quelques mois plus tard s'installe la dysménorrhée : les règles commencent indolores, au bout de trois jours elles s'arrêtent, et alors surviennent des douleurs très fortes. Je revois chez elle cette jeune femme au décours d'une de ces crises et je constate l'existence d'une nouvelle hématocèle du Douglas. Avec des thérapeutiques diverses inefficaces, huit années passent : tous les deux mois elle a une crise post-menstruelle horrible, qui la force à se mettre au lit pour quelques jours, interrompant son travail. Elle me consulte à nouveau l'année dernière : l'utérus est bloqué, derrière lui une induration descend jusqu'à la muqueuse vaginale qu'elle capitonne. J'ordonne 11 injections de 25 mg. de testostérone par mois pendant deux mois, puis 8 le troisième. Ainsi retrouve-t-elle « les trois quarts de sa santé ». Mais la dose est un peu forte, puisque les règles manquent ; nous diminuons le nombre des injections. Au bout de six mois une nouvelle aménorrhée s'installe, mais c'est le symptôme d'une grossesse qui comble de joie cette petite Parisienne et décide de son mariage. La grossesse évolue en ce moment tout à fait normalement, conséquence admirable de l'hormone mâle !

La quatrième observation est différente parce que le symptôme cardinal de l'endométriome est de ménorragies. C'est pour décider d'une intervention sur une annexe droite douloureuse que l'on me demande mon avis. L'histoire est déjà longue : un curettage a été fait à 20 ans, il y a dix-sept ans. Les ménorragies durent huit jours, très abondantes et, depuis quelques années, accompagnées de douleurs. Différents traitements hormonaux ont été inefficaces. Le diagnostic n'est pas certain, mais je suis frappé par la diffusion de l'induration latéro-utérine droite, par sa situation basse, pararectale ; elle ne descend cependant pas dans le Douglas. Je décide d'essayer le traitement par l'hormone mâle, et le résultat est démonstratif. Dès le premier mois les règles sont normales et indolores. Depuis six mois, cette femme suit ce traitement dont le succès s'est confirmé. Une difficulté dans ce cas cependant, le réglage des doses : avec 300 à 400 mg. on obtient l'aménorrhée ; avec 100 à 150 mg. les ménorragies douloureuses réapparaissent. Mais la satisfaction de la patiente lui rend aisée cette recherche de la dose optima. L'endométriome juxta-utérin droit s'est mobilisé, il n'a plus que le volume d'une noix.

Les 2 cas suivants sont plus bénins et moins intéressants. Je les résume davantage. Opérée d'un kyste goudron de l'ovaire droit en 1936, endométriome à l'examen microscopique, que je revois en 1942 pour des douleurs pongitives gauches et des règles prolongées ; l'utérus est gros. L'hormone mâle (250 mg. par mois) remet tout en ordre, l'utérus reprend son volume normal. Je diminue la dose à 50 mg. mensuels, puis fais cesser ; l'endométriome paraît actuellement guéri.

Au cas suivant convient, de même, un traitement à doses modérées : dysménorrhée avec gros utérus bosselé et douloureux au palper chez une femme de 29 ans. Le résultat obtenu par la testostérone parait si démonstratif, consistant en la disparition des douleurs menstruelles, en la cessation de l'impression décrite de « fatigue qui se porte sur le ventre », en la réduction de volume de l'utérus, que je pense pouvoir affirmer l'endométriome utérin. Je prescris un traitement d'entretien (75 mg. tous les deux mois).

Enfin, ma dernière observation se rapporte à un endométriome du ligament rond. Chez cette femme de 42 ans, c'est avant les règles que se produit l'accident hémorragique dans les utérus ectopiques ; il apparaît, sous une cicatrice d'appendicectomie, une tuméfaction oblongue, siège de très vives douleurs, associées à un mouvement fébrile. A l'arrivée des règles les douleurs s'atténuent et peu à peu la tuméfaction se résorbe. Déjà le tableau est caractéristique ; il est encore complété par un gros utérus bosselé et une masse kystique annexielle gauche. J'ordonne un traitement par la testostérone, mais cette fois à doses insuffisantes (75 mg. par mois). Amélioration temporaire, mais, quelques mois plus tard, réapparition des phénomènes douloureux et de la tuméfaction inguino-iliaque droite. J'augmente les doses ; depuis lors tout est dans l'ordre.

* * *

Si j'ai donné ces détails cliniques chemin faisant, c'est pour rendre plus vivantes les preuves de l'efficacité de la thérapeutique, et c'est pour n'y pas revenir. Il me paraît à l'heure actuelle que l'hormone mâle a une action constante sur l'évolution de l'endométriome et, sous réserve d'une recherche quelquefois difficile de la dose optima, qu'elle est le traitement qui s'impose [2].

Une autre sorte de preuve peut être tirée des observations négatives. Il m'est arrivé d'essayer cette hormonothérapie pour éclaircir un diagnostic gynécologique douteux. Dans deux cas l'échec de la testostérone à amender les troubles fonctionnels et douloureux, et à faire résorber la tuméfaction juxta-

2. L. Wilson accuse cette thérapeutique d'effets virilisants que je n'ai pas constatés aux doses qu'on a lues ci-dessus. *Endocr.*, 1940, **27**, 29.

utérine ou diminuer le volume de l'utérus, m'ont fait décider de l'intervention : il s'agissait de salpingite, d'infection pelvienne. Le traitement d'épreuve avait parfaitement répondu à la question posée.

Tous les traitements « à suivre », non curateurs, du type de l'insuline, ont le grave inconvénient d'être coûteux. Il ne semble pas que la dose de testostérone puisse être progressivement abaissée, tant que l'endométriome est en évolution. Mais quelle est la durée de cette *maladie* ? Nous ne le savons pas. Je pense qu'elle est temporaire, qu'elle cède au bout de quelques mois ou de quelques années, avec, sans doute, des risques de rechute. Ma cinquième malade a été guérie temporairement après son opération, elle a eu une grossesse, puis elle a récidivé ; actuellement elle paraît guérie. Celle dont j'ai parlé au début, traitée par les rayons X, vient d'avoir un enfant. Il est donc probable que la plupart de ces malades ne sont pas astreints aux injections de testostérone jusqu'à leur ménopause ; et c'est pourquoi je leur donne le conseil d'interrompre le traitement de temps en temps et de guetter le retour des accidents.

Il n'en est pas moins que, chez certaines femmes peu fortunées, le coût des fortes doses nécessaires d'hormone mâle peut être un argument en faveur de la castration, traitement radical, mais traitement correct de l'endométriome.

L'hormonothérapie par la testostérone doit permettre — si l'expérience que je poursuis depuis quatre ans est confirmée — de l'éviter dans la grande majorité des cas.

LE SYNDROME D'ULCÈRE PEPTIQUE JÉJUNAL

ET SES COMPLICATIONS

Par **R. JOYEUX**

Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Le diagnostic d'ulcère peptique jéjunal est habituellement difficile. Il faut, dit-on, penser à cette affection devant un syndrome ulcéreux se développant chez un ancien opéré de l'estomac.

Après étude de plusieurs observations et à propos de 2 cas personnels compliqués l'un de perforation en péritoine libre, l'autre de fistule gastro-jéjuno-colique[1] nous croyons pouvoir dire que l'ulcère peptique jéjunal ne se traduit qu'exceptionnellement par un syndrome ulcéreux gastrique. Le jéjunum seul est lésé ; l'estomac ne l'est plus ! Voilà la notion essentielle qui commande la symptomatologie.

***

Un fait est commun à tous les cas : une période de bonne santé apparente de durée variable, quelques mois à plusieurs années, existe toujours entre la G. E. et les premiers signes d'ulcus peptique. Le malade ne souffre plus, les digestions sont normales. Il commet l'imprudence d'abandonner tout régime alimentaire et tout traitement médicamenteux. La maladie ulcéreuse continue son évolution ; sournoisement, l'ulcère peptique s'installe et se développe. Ses premiers signes n'apparaîtront que plus tard, à moins qu'une complication brutale (perforation ou hémorragies digestives) n'en soit la traduction clinique initiale.

I. — Le symptôme capital de l'ulcère jéjunal est « la douleur ».

C'est une douleur « dans les reins » selon l'expression du malade, sourde, à type de pesanteur, de lourdeur. Elle n'a pas le caractère de brûlure, de crampes, de la douleur ulcéreuse gastrique. Plus tardivement, et il faut alors craindre une complication, ces phénomènes douloureux présentent des exacerbations et leur acuité peut être extrême. Elles ont souvent le caractère térébrant, transfixiant. Ce sont, comme l'a signalé Gosset au Congrès de Chirurgie, des douleurs « à crier, à se tordre, à se plier en deux ».

Le siège de la douleur dans la région sous et para-ombilicale gauche, dans la fosse lombaire correspondante est caractéristique. Ces malades ne souffrent plus, comme ils le signalaient avant la G. E., du creux épigastrique.

La douleur n'avait pas un horaire d'apparition fixe chez nos opérés, et c'est là un fait habituel. Rares sont en effet les observations signalant les douleurs rythmées par les repas, survenant deux à trois heures après, souvent beaucoup plus tard encore. L'absorption de quelques bouchées de pain qui peut calmer un instant l'ulcéreux gastrique reste sans effet chez ces opérés. Une simple atténuation des phénomènes douloureux est relevée dans une de nos observations après évacuation rectale de quelques gaz.

En somme, les douleurs de l'ulcère jéjunal ne sont nullement comparables à celles de l'ulcère gastrique. Leur siège, leurs modes d'apparition et leurs caractères sont tout à fait différents. Différents sont également les signes associés.

II. — L'ulcère jéjunal ne s'accompagne pas de troubles digestifs.

Voilà un deuxième signe important, signe négatif sans doute, mais de grande valeur. Les éructations acides des ulcéreux gastriques sont rarement notées, les vomissements exceptionnellement rencontrés avant les complications. Nos 2 malades ne les ont pas présentés. Les digestions, les évacuations intestinales sont normales dans la règle. La diarrhée, encore intermittente, n'est que tardive.

Une place à part doit être faite aux hémorragies digestives : si le melæna n'est pas visible en dehors de toute complication, par contre les hémorragies occultes sont fréquentes et doivent être recherchées dans les selles. Ce sont elles qui, pour une part, soit par leur continuité, soit par leur répétition, vont engendrer les troubles de l'état général, troisième pied du syndrome ulcéreux jéjunal. Moynihan n'attribue-t-il pas à l'ulcus jéjunal post-opératoire des hémorragies tardives susceptibles d'être observées de quelques semaines à quelques mois après l'opération ?

Le chimisme gastrique est variable, plus souvent hyperacide, présentant habituellement les mêmes caractères qu'avant la G. E.

III. — Altération de l'état général.

L'atteinte de l'état général est progressive. L'amaigrissement n'est que relatif durant les premiers mois, la perte de forces, minime au début, ne s'accentue que tardivement, l'anémie est plus rapide donnant très tôt aux muqueuses et à la peau un teint pâle et terreux.

Ce syndrome d'ulcère jéjunal, déjà bien caractéristique par lui-même, trouve en outre, dans son évolution, un cachet particulier, propre aux syndromes ulcéreux digestifs. Il apparaît par crises, par périodes souvent distantes les unes des autres de plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. C'est une alimentation mal choisie pour un ulcéreux, riche en crudités, en piments, qui quelques jours plus tard favorisera le retour d'une crise. La crise apparue, le malade souffrira tous les jours, matin et soir ou seulement quelques heures dans la journée. Sa durée est essentiellement variable, quelques heures à quelques jours, laissant alors le malade plus pâle et affaibli. Mais la crise passée, l'état général se relève pour retomber à nouveau à la phase douloureuse suivante.

Leur répétition finit par entraîner amaigrissement et anémie et le sujet en impose alors, au médecin qui le voit pour la première fois, pour un cancéreux. Mais, tandis que l'état général de celui-ci s'altère chaque jour davantage et évolue inexorablement vers la mort, celui de l'ulcéreux jéjunal se relève au moins en partie entre les crises.

***

Peut-on tirer des examens clinique et radiologique des éléments importants pour le diagnostic ? Pendant longtemps l'examen clinique est négatif. La bouche de G. E. est trop profondément située pour être facilement palpable ; tout au plus, peut-on, et encore tardivement, au cours d'une crise, trouver une sensibilité douloureuse dans la région sous et para-ombilicale gauche.

La radiologie devrait corroborer la réalité de l'affection. Gutmann a insisté sur la nécessité des clichés, en série, bien souvent aucun résultat certain n'en est tiré. Dans quelques cas elle apporte un simple signe de probabilité : une douleur à la pression sur la bouche anastomotique ; beaucoup plus rarement une certitude : la niche ulcéreuse sur la bouche de G. E. ou sur le jéjunum. Dans la majorité des cas, l'examen radiographique montre des signes indirects, rencontrés chez nos 2 opérés : images de périduodénite ou troubles et anomalies du transit dans les anses afférente et efférente du jéjunum.

Tels sont les éléments cliniques et de laboratoire dont l'ensemble permet de poser le diagnostic d'ulcère peptique. Ce diagnostic doit être fait précocement afin d'établir au plus tôt une thérapeutique adéquate qui évitera l'apparition de complications dont la gravité donne à cette affection une allure maligne.

***

De ces complications nous ne voulons retenir que les deux plus importantes : la perforation en péritoine libre et la perforation dans le côlon.

Les hémorragies digestives par leur abondance peuvent être classées parmi les complications. Ce ne sont pas les hémorragies graves des ulcères gastriques, notamment de la petite courbure. Elles se traduisent par du melæna et sont alors, comme chez l'un de nos malades, le signe précurseur d'une complication plus grave : la perforation.

Cette tendance à creuser est une des caractéristiques de l'ulcère peptique qui finit par s'ouvrir en péritoine libre ou dans le côlon. Le tableau clinique est alors assez particulier pour ne pas tromper un médecin averti.

1° *La perforation en péritoine libre* se fait toujours dans l'étage sous-mésocolique. Le malade plié en deux accuse une douleur brutale, en coup de poignard dans la région para et sous-ombilicale gauche ; il vomit, son facies est pâle, anxieux, angoissé ; le pouls rapide, la température normale. La paroi épigastrique seule se mobilise à la respiration. La sonorité abdominale est inchangée ; il n'y a pas, tout au moins au début, de sonorité pré-hépatique.

Dans les premières heures la contracture siège dans la région para-ombilicale gauche et le flanc gauche. Puis elle s'étend vers la fosse iliaque gauche pour donner enfin à toute la région sous-ombilicale le type du ventre de bois. Le Douglas peut être tardivement douloureux. Le siège très particulier de la douleur et de la contracture permet d'éliminer la perforation ulcéreuse de l'estomac au tableau clinique d'abord épigastrique, s'étendant rapidement vers le flanc et la fosse iliaque droits avant de se généraliser à tout l'abdomen. L'appendicite et la cholécystite perforées ne peuvent prêter à erreur. On tâchera, dans le doute, de retrouver dans les antécédents du malade quelques signes du syndrome d'ulcère jéjunal. Ce diagnostic du siège de la perforation est capital pour faire en bonne place la laparotomie.

2° *La perforation couverte.* — Le côlon transverse placé dans le sinus antérieur de l'anastomose gastro-jéjunale en fait habituellement tous les frais. L'ulcère mord sur sa paroi jusqu'à la perforer ; la fistule gastro-jéjuno-colique est alors créée. Pauchet attribue à l'histoire clinique 3 périodes : l'intervalle libre après la gastro-entérostomie, la phase d'ulcus jéjunal et la période de fistulisation dans le côlon. L'étude de quelques observations nous autorise à décrire une phase intercalaire de grande importance, répondant à l'attaque du côlon transverse par l'ulcère jéjunal... à cette période au plus tard, médecins et chirurgiens devraient poser leur diagnostic pour parer aux conséquences néfastes de la fistule gastrocolique.

Les douleurs de l'ulcus peptique, plus intenses, se sont rapprochées. Au syndrome jéjunal s'ajoutent des signes de subocclusion basse du gros intestin

1. *Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier* (Section de Chirurgie), Séances du 12 Décembre 1941 et du 21 Janvier 1944.

sans obstacle, d'une particulière netteté chez un de nos malades. Ce sont des coliques intermittentes, souvent violentes, cheminant d'un point à l'autre du gros intestin de la fosse lombaire droite à la fosse iliaque gauche et la région sus-pubienne. Elles apparaissent par crises, sans horaire précis. Elles ne tardent pas à se rapprocher, s'accompagnent de gargouillements importants et de tympanisme abdominal. Une émission abondante de gaz soulage le malade, tandis que s'efface le ballonnement. Les vomissements sont exceptionnels, et les selles normales, jamais encore diarrhéiques.

En dehors des crises la zone de l'ulcus jéjunal est seule douloureuse à la pression. Pendant les crises, c'est le ballonnement de type sigmoïdien qui frappe. Sous les yeux on peut voir apparaître et disparaître cette anse dilatée et à l'oreille entendre l'important bruit de gargouillements. La palpation de cette anse distendue ne tarde pas à devenir douloureuse. Par contre, signes négatifs, pas de clapotage et toucher rectal sans caractère anormal.

Par transit rétrograde la colonne opaque progresse normalement sous l'écran radioscopique, dans un côlon gauche anormalement long et large, montrant parfois un rétrécissement du transverse. C'est là un point bien particulier que l'apparition d'un méga-dolichocôlon fonctionnel tel que nous l'avons vu chez notre malade, et dû à l'irritation, par l'ulcère jéjunal, de la paroi colique.

Les crises douloureuses se rapprochent et, brusquement, une dernière poussée ulcéreuse crée la fistule gastro-jéjuno-colique.

Son apparition est marquée avant tout par l'évolution brutale et rapide vers la cachexie de l'état général du malade. Au tableau clinique précédent s'ajoute un nouveau signe : la lientérie, faite de diarrhée grisâtre, mousseuse, d'odeur acide, contenant des aliments non digérés et ingérés parfois seulement quelques heures (deux, trois heures) auparavant. Cette diarrhée souvent répétée affaiblit considérablement le malade.

Sont considérés comme classiques les éructations fétides (œufs pourris) et les vomissements fécaloïdes. Notre malade ne les a pas présentés et cependant la communication gastro-colique était du calibre d'une pièce de 50 centimes. Ses rares vomissements habituellement glaireux étaient provoqués par lui-même. Sans doute faut-il admettre, avec Charrier, la présence chez notre opéré d'un clapet muqueux au niveau de la fistule, n'autorisant le passage du contenu digestif qu'à sens unique. Le lavage gastrique ramène parfois du liquide fétide ; l'ingestion de liquide coloré est suivie de selles du même aspect.

La radiographie montre l'évacuation rapide de l'estomac avec remplissage immédiat du côlon transverse ou encore le remplissage de l'estomac par un lavement baryté. Ces signes sont certes péremptoires. Mais il faut souvent se contenter de signes radiologiques indirects qui apportent une présomption à cette dangereuse complication, ne tardant pas à emporter ces malades si on n'intervient pas hâtivement.



L'évolution grave de l'ulcus peptique jéjunal impose un diagnostic précoce. Nous avons voulu dans ce travail souligner les éléments cliniques et radiologiques qui permettront d'atteindre ce but afin de pratiquer sans délai l'intervention chirurgicale, seule thérapeutique utile en pareil cas.

MOUVEMENT MÉDICAL

II. — FER DU SÉRUM ET PATHOLOGIE

Dans un précédent « Mouvement médical [1] » nous avons vu combien s'est révélée féconde la notion de fer du sérum dans le domaine de la physiologie ; non moins fructueuse elle s'est montrée dans celui de la pathologie.

C'est naturellement dans les affections sanguines que l'on doit tout d'abord s'attendre à trouver des modifications importantes du fer sérique. De fait, son étude a permis d'identifier et de délimiter tout un ensemble d'anémies, les *anémies ferriprives*, dont le caractère commun et fondamental est le manque de fer sérique. Ces anémies sont simplement la conséquence d'un défaut de matériel ferrugineux pour construire l'hémoglobine. Dans ce groupe l'abaissement de la valeur globulaire indique que les hématies se régénèrent déjà, mais que le fer nécessaire manque pour les pourvoir suffisamment de pigment sanguin. La formule est celle d'une anémie hypochrome. Mais parfois la formule rouge est peu significative et c'est le dosage du fer sérique qui éclaire la situation. Ainsi on peut trouver dans un ulcère gastrique saignant le fer sérique tombé à 11 γ pour 100, alors que l'hémoglobine est encore de 77 pour 100 et les hématies de 3 millions, soit une valeur globulaire de 1 (Schittenhelm). Malgré la chute énorme du fer sérique, l'anémie était normochrome. Le taux de l'hémoglobine n'est donc pas forcément parallèle à celui du fer sérique.

Les types les plus purs d'anémie ferriprive sont les *anémies post-hémorragiques*, l'*anémie des prématurés*, les *anémies dues à un manque de fer dans l'alimentation* et l'*anémie hypochrome essentielle* ou *chloro-anémie achylique*. Dans la chlorose, et plus encore dans les anémies symptomatiques des infections, des tumeurs, dans maintes anémies alimentaires dues au déficit de certaines vitamines ou d'acides aminés indispensables, d'autres influences viennent compliquer le manque de fer.

Dans les *anémies post-hémorragiques*, s'il s'agit d'une spoliation sanguine aiguë, hémoglobine et hématies baissent brusquement et il se produit d'abord une anémie normochrome. Le fer du sérum tombe aussi fortement et parallèlement à l'importance de l'hémorragie. Une perte de sang de 1.000 cm^3 abaisse le fer sérique de 54 à 65 pour 100, une perte de 500 cm^3 de 43 pour 100 (Albers). Bröchner-Mortensen, dans des hémorragies par ulcus, épistaxis, varices œsophagiennes, a trouvé des taux parfois inférieurs à 20 γ pour 100. Après l'hémorragie le taux du fer continue à baisser lentement, si bien que le niveau le plus bas n'est souvent atteint qu'une ou plusieurs semaines après le début de l'hémorragie. Avec la libération des réticulocytes par la moelle osseuse le chiffre des hématies croît de nouveau, mais la régénération de l'hémoglobine ne marche pas de pair avec celle des globules rouges et la valeur globulaire baisse ; une anémie hypochrome se développe avec le manque de fer. D'ordinaire le taux du fer sérique se maintient bas, jusqu'à ce que la régénération sanguine soit complète ; les variations du fer sérique et de l'hémoglobine ne sont pas parallèles. Parfois on note une ascension fugace du fer du sérum après des hémorragies aiguës.

L'*anémie des prématurés* et celle qui résulte d'un *manque de fer dans l'alimentation*, autres types purs d'anémie ferriprive, seront étudiées plus loin, à propos de la pathologie obstétricale.

Dans les formes d'anémie ferriprive qui viennent d'être passées en revue il s'agissait d'un manque de fer *absolu* ou *véritable ;* dans celles qui restent à étudier, le manque de fer n'est que *relatif ;* il existe suffisamment de fer dans l'organisme, mais il ne peut être employé pour l'édification de l'hémoglobine, soit qu'il y ait incapacité de l'organisme à utiliser le fer alimentaire, soit que le fer se trouve lié fonctionnellement, par exemple au système réticulo-endothélial.

Dans la *chlorose*, et surtout dans l'*anémie hypochrome essentielle* (chloro-anémie achylique), on invoque un trouble de la résorption du fer organique alimentaire consécutif à des altérations de la digestion gastrique qui conduiraient à un appauvrissement en fer de l'économie. De fait, le traitement par de fortes doses de fer minéral transforme radicalement la situation, en ce sens que l'organisme redevient capable d'utiliser le fer alimentaire pour fabriquer de l'hémoglobine et des hématies tandis que l'hyposidérémie s'atténue lentement. Schulz décrit chez de tels malades un syndrome d'asidérose, caractérisé 1° par les modifications du sang : anémie avec diminution des hématies et de l'hémoglobine et valeur globulaire inférieure à 1, diminution d'épaisseur des globules rouges (planocytose), anisocytose, diminution des réticulocytes, dans les cas graves leucopénie avec lymphocytose relative, parfois avec déviation à droite des neutrophiles ; 2° par les modifications de la peau, des phanères et des muqueuses : chute des cheveux, perte de leur lustre, grisonnement prématuré, altérations des ongles (koïlonychie ou ongles concaves, creusés en cupule), fragilité des muqueuses, surtout buccale, génitale et rectale, avec tendance au saignement ; 3° par des troubles endocriniens dans les cas graves : perturbations du cycle menstruel, empâtement adipeux.

Les *anémies consécutives aux maladies infectieuses* sont aussi des anémies hypochromes. Dans toute infection le fer sérique baisse, et souvent fortement, alors que globules rouges et hémoglobine peuvent être peu diminués. Locke, Main et Rosbash en 1932 avaient déjà signalé cette baisse à la suite des injections de toxine diphtérique ou tétanique. Albers a montré que les agents infectieux, même tués, en l'espèce du vaccin gonococcique, exercent une action très déprimante sur le taux du fer sérique (baisse de 36 pour 100, sept heures après injection intramusculaire), mais passagère, le taux normal se rétablissant en vingt heures. Dans les infections telles que rougeole, scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, etc., le fer sérique se montre notablement abaissé pendant la période fébrile. On admet avec Heilmeyer qu'il se produit une migration rapide du fer vers les cellules du système réticulo-endothélial où il se trouverait bloqué et utilisé vraisemblablement pour le renforcement des défenses de l'organisme, si bien que le métal nécessaire à la construction de l'hémoglobine ne se trouve plus présent en quantité suffisante. Soulignons que Heilmeyer et Plötner, dans des infections diverses, pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, ont constaté, avec des taux bas de fer sérique, des chiffres normaux ou presque d'hématies et d'hémoglobine. Seule, une partie des cas arrive à une anémie hypochrome manifeste et celle-ci disparaît d'ordinaire avec la guérison de l'infection, sans qu'un traitement martial ait été institué. L'utilité de ce dernier dans l'anémie des malades infectés est d'ailleurs discutée.

Dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte, Heilmeyer et Plötner ont trouvé en général une baisse très notable du fer sérique, surtout au moment des poussées évolutives ; de même Albers chez les femmes enceintes atteintes de tuberculose.

Aux anémies ferriprives s'oppose le groupe des *anémies hyperchromes* comprenant dans une première catégorie les *anémies par trouble de la formation des cellules rouges, anémie pernicieuse* et *états anémiques voisins*, et dans une seconde catégorie les *anémies hémolytiques*.

Dans l'*anémie pernicieuse* non traitée le taux du fer sérique est élevé ou tout au moins normal. Au cours du traitement par le foie il peut néanmoins se produire une baisse notable du fer du sérum qui doit être mise sur le compte de la régénération sanguine intense provoquée par l'hépatothérapie qui détermine un épuisement passager des réserves de fer par suite de l'énorme augmentation des globules rouges pendant les premières semaines du traitement. Il y a donc transitoirement alors une anémie par manque de fer qui répond d'ailleurs à la médication ferrugineuse. L'administration de fer, au cours de l'hépatothérapie, produit alors une nouvelle crise réticulocytaire.

Dans la *sprue nostras* ou *stéatorrhée idiopathique* accompagnée d'anémie hyperchrome, Bröchner-Mortensen a trouvé des taux de fer sérique abaissés. Après hépatothérapie cette hyposidérémie ne s'accentua pas ; l'injection intraveineuse de lactate de fer fut suivie d'une émigration extrêmement rapide du fer hors du torrent circulatoire.

Dans les *anémies hémolytiques*, et plus particu-

1. Voir *La Presse Médicale*, 1944, **52**, 165.

lièrement dans l'*ictère hémolytique congénital* qui s'accompagne d'une malformation constitutionnelle des hématies (microsphérocytose), le taux du fer sérique est anormalement élevé, par suite de destruction sanguine exagérée. Dans cette affection le renouvellement du sang est de 5 à 10 fois plus rapide que normalement (Heilmeyer). Le fer ainsi libéré vient enrichir les dépôts où le métal peut atteindre un taux extrêmement élevé. Chez ces malades, après splénectomie, le fer sérique baisse rapidement par suppression du réservoir splénique, ce qui justifie la thérapeutique martiale après l'intervention (Lederer).

L'ictère hémolytique nous conduit aux affections hépatiques où, par suite du rôle important que joue le foie dans le métabolisme du fer comme organe d'accumulation et de réserve et comme siège de la transformation de l'hémoglobine en pigment biliaire, il faut s'attendre à rencontrer des modifications du fer du sérum. Hemmeler s'est demandé si, lors des troubles de l'excrétion biliaire, le fer normalement contenu dans la bile se retrouve dans l'organisme ou si une autre voie d'excrétion, rein, intestin, s'offre à lui. Dans les *ictères par obstruction*, le fer biliaire ne parvient plus dans l'intestin ; il doit donc, s'il n'est pas autrement éliminé, être retenu, d'où élévation du taux du fer sérique. Mais la nature de la maladie causale (ictère lithiasique toujours plus ou moins accompagné d'infection, cancer) intervient pour abaisser un taux que n'arrive guère à relever le traitement martial, le système réticulo-endothélial ou le tissu tumoral captant le métal. Aussi les recherches faites dans ces ictères n'apportent-elles guère de renseignements utilisables. Dans l'*ictère catarrhal* la fonction excrétrice du foie à l'égard du fer semble troublée, comme celle de l'excrétion de la bilirubine. Il se produit une notable augmentation du fer sérique (160 à 260 γ pour 100), le fer en excès ne pouvant plus être excrété par une autre voie en quantité suffisante. Il n'existe pas d'ailleurs de parallélisme entre la courbe du fer et celle de la bilirubine. Au début, le fer reste encore relativement bas, puis il s'élève lentement et n'atteint son maximum que lorsque la bilirubine s'abaisse déjà de nouveau ; l'excrétion de cette dernière se rétablit plus vite que celle du fer. Il est possible qu'il existe un mécanisme régulateur hépatique qui, au cas d'un apport exagéré de bilirubine à la cellule hépatique, limiterait l'excrétion du fer, l'organisme pouvant plus facilement remplacer la bilirubine que le métal. Dans la *cirrhose portale* Bjerre et Christoffersen ont constaté une augmentation du fer sérique qui prouve qu'une maladie de la cellule hépatique peut causer une altération du métabolisme du fer se traduisant par de l'hypersidérémie. Dans l'*hémochromatose* ou *diabète bronzé* Knudsen a trouvé dans deux cas le fer sérique très augmenté (225 et 241 γ pour 100), ce qu'il attribue à la cirrhose hépato-pancréatique ; d'autre part, cette hypersidérémie serait la cause de la pigmentation par l'hémosidérine. L'hémochromatose relèverait d'un trouble irréversible de l'excrétion du fer par le foie, accompagné d'affinité cellulaire accrue pour le métal.

Dans le *cancer* les troubles du métabolisme du fer ont été mis en évidence par Guthmann, puis par Heilmeyer et Plötner dans le cancer gastrique, les sarcomes, l'hypernéphrome, mais c'est surtout à Albers que nous devons une étude méthodique de la question dans les cancers génitaux de la femme. Le fer sérique est diminué, et souvent fortement, alors même que manifestement aucune hémorragie n'a pu conduire au manque de fer. La seule présence du néoplasme, même au début, suffit pour abaisser le fer sérique de 1/4 au moins de son taux normal, ce qui témoigne de l'action du cancer sur l'organisme. Dans les néoplasmes déjà avancés et traités, bien que toute source d'hémorragie ait été tarie, la baisse du fer sérique est encore plus profonde.

L'anémie cancéreuse est régulièrement accrue par les irradiations. La cause de cette *anémie des rayons* a été discutée. On a admis qu'une destruction de l'hémoglobine d'ordre hémolytique se produirait sous l'influence du rayonnement du radium, mais on n'a pu mettre en évidence dans le sérum l'augmentation du fer qui devrait en être la conséquence. Au contraire, le fer sérique baisse fortement après la curicthérapie. Albers l'explique ainsi : avec l'irradiation se produit une destruction du tissu cancéreux, d'où libération de substances toxiques qui doivent être neutralisées ; c'est encore le système réticulo-endothélial qui s'en chargerait, d'où blocage du fer et chute du métal de nature fonctionnelle. On peut atténuer cette anémie des rayons par un traitement martial préalable intensif qui met à la disposition de l'organisme assez de fer pour subvenir à l'élaboration de l'hémoglobine et au processus de détoxication.

D'autres affections gynécologiques, en particulier les *fibromyomes*, troublent le métabolisme du fer. Il est bien compréhensible que les femmes qui perdent du sang, en plus de celui des règles, arrivent à manquer de fer comme dans toute anémie post-hémorragique. Mais les porteuses de fibromes sont souvent anémiques sans perte de sang additionnelle. La pâleur spéciale de ces malades tient au manque de fer sérique, souvent très prononcé. Albers invoque encore ici la fixation du fer dans le système réticulo-endothélial où il jouerait un rôle antitoxique et et antiinfectieux. Il ne s'accumule pas dans le fibrome, comme on l'a soutenu, car, après traitement martial intensif, on n'en retrouve pas davantage dans la tumeur, pas plus d'ailleurs que dans le sérum. Le fibrome enlevé, le fer n'étant plus fonctionnellement nécessaire, est libéré pour la régénération de l'hémoglobine qui se produit spontanément alors.

Dans les *annexites*, comme dans les infections en général, le fer sérique est diminué. Un pyosalpinx aigu bilatéral peut amener une baisse de 30 pour 100. La fièvre tombée, il ne faut pas s'attendre encore à une régénération du fer sérique, car, sous l'influence de la thérapeutique résolutive, des substances toxiques qui doivent être résorbées et neutralisées sont mises continuellement en liberté. Le rétablissement rapide du taux normal du fer qui succède à l'ablation du foyer contraste avec la lenteur qu'on observe quand l'affection est soumise au traitement conservateur. Les gynécologues connaissent bien ces états d'anémie prononcée et de dépérissement progressif qui vont de pair avec les salpingites interminables. Peut-on les influencer par un traitement ferrugineux énergique ? A en juger par l'évolution du fer sérique, il ne le semble pas au premier abord. C'est que dans les infections graves, le fer doit remplir une double tâche, comme matériau, pour subvenir à la réfection de l'hémoglobine, et comme fer fonctionnel, pour lutter contre l'infection. Pour réussir, il faut un traitement intensif et prolongé.

Nombreuses sont en pathologie obstétricale les conditions qui influencent le fer sérique dont le manque retentit gravement et sur la mère et sur l'enfant.

Albers divise les anémies de la grossesse en : 1° *Anémie gravidique relative*, qui n'est pas liée à une modification du sang, mais résulte des modifications du métabolisme de l'eau chez la femme enceinte (pléthore gravidique) et ne traduit que la dilution des éléments figurés ; 2° *anémies par manque de fer* qui sont l'*anémie post-hémorragique*, de type soit *aigu* par spoliation sanguine importante (hémorragies de la délivrance, déchirures du col, hémorragies tardives par atonie utérine, hémorragies par rétention de débris placentaires), soit *chronique* (*placenta prævia*) ; l'*anémie essentielle de la grossesse*, normocytaire et normochrome, mais toujours avec un fer sérique abaissé, avec ou sans achylie, capable de guérison spontanée après l'accouchement ; l'*anémie post-infectieuse* ; 3° *anémies par trouble de la formation des cellules rouges*, qui sont l'*anémie pernicieuse* et les *états anémiques voisins de la grossesse*, exceptionnellement observés ; 4° enfin les *anémies hémolytiques*, rares également.

Par suite de *pertes de sang antérieures* ou d'une *alimentation pauvre en fer*, par défaut de légumes en particulier, la femme enceinte peut présenter une anémie par manque de fer véritable. On constate une baisse du fer sérique au lieu de l'ascension contemporaine de la grossesse : dans ces cas, la médication ferrugineuse a vite raison de l'anémie qu'une simple modification du régime ne permettrait d'améliorer que lentement.

Les *pertes de sang exagérées de l'accouchement*, supérieures à 250 cm³, et celles du *post partum* déterminent une baisse du fer sérique proportionnelle à leur importance. Le rétablissement du niveau normal pendant les suites de couches est très difficile, car l'apport de fer au fœtus pendant la grossesse a entamé fortement les dépôts ferrugineux et, après la naissance, beaucoup de fer passe dans le lait maternel.

Toute *infection intercurrente* de la mère, grippe, pneumonie, mais surtout pyélite, poussée tuberculeuse, conduisent à un manque relatif de fer et troublent le ravitaillement intra-utérin en fer de l'enfant, particulièrement exigeant pendant la grossesse. Pendant les suites de couches toute infection, même légère, de la mère retentit fâcheusement sur le fer de son lait qui baisse, mais seulement quand ses dépôts ferrugineux commencent à être grandement épuisés ; l'organisme cherche à maintenir le fer du lait à un taux optimum ; il y a donc décalage entre le fer du sérum, qui est bien plus bas, et le fer du lait. Evidemment, ces troubles, quand ils sont accentués ou prolongés, compromettent l'approvisionnement en fer du nourrisson et nécessitent des mesures thérapeutiques appropriées.

Les *toxicoses de la grossesse* peuvent modifier le métabolisme du fer. Si les vomissements incoercibles restent d'ordinaire sans influence, les toxicoses tardives (prééclampsie, éclampsie) dans près de la moitié des cas font baisser le fer sérique. Dans 2 cas de môle sans hémorragie importante Albers signale une chute considérable.

Lors de l'*avortement* apyrétique, le fer du sérum diminue, et souvent plus que les hématies et l'hémoglobine. Dans l'avortement fébrile, hémorragie et infection concourent à un abaissement plus grand encore qui peut être la cause d'anémie hypochrome accusée par manque de fer. Ces états sont accessibles à la médication ferrugineuse.

Tout appauvrissement en fer de la femme enceinte se reflète dans l'approvisionnement en fer de l'enfant. Les réserves du fœtus ne se constituent pas. C'est là une notion importante. Strauss a montré que les enfants des mères ayant eu de l'anémie pendant la gestation présentent encore, un an et un an et demi après la naissance, des taux d'hémoglobine bien plus bas que les enfants des mères indemnes d'anémie. Les dépôts de fer du nouveau-né sont trop minimes pour couvrir les besoins normaux du nourrisson.

Avec l'allaitement artificiel nous avons vu que le déficit en fer atteint un chiffre considérable. Le taux du fer sérique baisse, et d'autant plus que le nourrisson est soumis plus longtemps à cette alimentation. Après six mois de lait de vache coupé, le fer a diminué de moitié par rapport au taux de naissance. Avec le lait de chèvre, plus pauvre en fer, c'est encore pire. Avec l'alimentation mixte ce taux se relève peu à peu. On comprend bien ainsi les anémies secondaires profondes qu'on observe chez les nourrissons à cet âge. Chez les enfants de mères tuberculeuses qui, n'ayant pu se constituer des réserves suffisantes pendant la vie intra-utérine, naissent déjà avec un manque de fer et sont d'ordinaire soumis à l'alimentation artificielle pour éviter leur contamination, le déficit de fer endogène se double de déficit exogène, d'où un taux de fer sérique particulièrement bas et une formule rouge très altérée, avec grande prédisposition aux infections.

Chez les *prématurés* la formule rouge à la naissance ne se distingue pas de celle des enfants nés à terme, mais par suite du raccourcissement de la gestation, le ravitaillement en fer est interrompu précocement ; les dépôts de fer ne sont pas suffisamment constitués, et d'autant moins que la gestation a été plus courte. Le fer du sérum, normal à la naissance, s'abaisse rapidement dans les semaines suivantes, l'enfant épuisant vite les maigres réserves qu'il possède, en dépit d'une alimentation au lait de femme assurant un ravitaillement suffisant en fer exogène.

De cet exposé qui montre les répercussions des processus vitaux, normaux et pathologiques sur le métabolisme du fer se dégage la double tâche qui incombe au médecin : parer aux états de déficit, les traiter quand ils se sont produits.

La notion que le fer est indispensable à l'édification de l'hémoglobine a conduit depuis longtemps, bien avant qu'on ait établi les bases scientifiques de la thérapeutique martiale, au traitement des anémies par le fer. Par expérience on avait appris que toute une série d'anémies réagissaient bien au métal,

mais que d'autres, assez nombreuses, lui résistaient. Heilmeyer et Plötner, en 1937, apportèrent la preuve que les anémies influençables par le fer, ferro-sensibles, sont conditionnées par le manque de fer et que toutes les anémies qui ne présentent pas de déficit en fer sérique, anémies de l'ictère hémolytique, de la maladie de Biermer, des leucémies, de la panmyélophtisie (anémie aplastique), ne sont pas améliorables par le traitement martial. Une réserve toutefois doit être faite pour l'anémie pernicieuse qui, comme on l'a déjà dit, peut être justiciable du fer lorsque l'hépatothérapie a provoqué, sous l'influence de la régénération sanguine intense des premières semaines du traitement, un épuisement passager des réserves de fer conduisant à une anémie hypochrome qui réagit bien au fer à ce stade.

Si de nombreux auteurs ont relaté les résultats favorables du traitement ferrugineux des états anémiques, la raison de l'efficacité du fer constatée empiriquement demeurait obscure. Deux théories étaient en présence : la théorie de la substitution, le fer agissant en tant que matériel remplaçant le métal présent en quantité insuffisante pour permettre l'élaboration de l'hémoglobine ; la théorie de la stimulation (Naegeli, Morawitz), d'après laquelle le fer agirait uniquement par excitation spécifique des centres de l'hématopoïèse, de la moelle osseuse en particulier, quand ces centres sont plus ou moins inactifs pour une cause quelconque. La détermination du fer sérique a permis de trancher définitivement la question au bénéfice de l'action matérielle du fer ; mais, à côté de celle-ci, les recherches récentes de Stodtmeister et Büchmann sur les étapes de la régénération sanguine, établissant l'existence de deux phases, d'abord crise normoblastique intense dans la moelle osseuse, puis, le maximum de cette crise franchi, maturation des normoblastes qui se chargent d'hémoglobine et apparaissent comme réticulocytes dans le sang circulant, sont venues établir qu'à côté de l'action de substitution, qui reste fondamentale, il faut faire place à un effet de stimulation qui ne serait d'ailleurs nullement spécifique, mais consisterait en une action de choc. Dans les anémies par manque de fer le trouble de la régénération s'insérerait au début du second stade, les normoblastes produits en masse ne pouvant plus mûrir, faute de fer et conséquemment d'hémoglobine. La moelle osseuse reste ainsi « en panne » en pleine crise de régénération par suite du manque de fer.

Le fer ne pouvant donner d'heureux résultats que dans les anémies ferriprives, on saisit tout l'intérêt pronostique et thérapeutique des dosages du fer du sérum. Quand on parcourt les travaux sur l'action du traitement martial, on est frappé des difficultés éprouvées pour sélectionner les cas qui réagissent véritablement au fer. D'un traitement qui s'était révélé inopérant on pouvait seulement conclure qu'il s'était agi soit d'un cas réfractaire au fer, soit de l'emploi d'une préparation ferrugineuse inefficace. Depuis les recherches de Starkenstein (1930) établissant l'efficacité exclusive du fer bivalent on a pu éliminer la seconde alternative. Grâce à la détermination exacte du fer du sérum, on est en mesure aujourd'hui d'établir avant le traitement les anémies qui doivent répondre à la médication ferrugineuse, car elles présentent un déficit net en fer sérique ; les anémies qui n'en présentent pas sont également sûrement réfractaires.

Sous quelle forme donner le fer ? Fer organique ? Fer minéral ? C'est là une question qui a été fort débattue. Après avoir longtemps admis avec Bunge que le fer ne pénétrait que très difficilement dans l'organisme sous la forme minérale, on s'accorde actuellement sur la plus grande efficacité des combinaisons minérales, en englobant sous ce nom également celles où le fer est faiblement lié à un complexe de structure organique, lactate, citrate, peptonate par exemple. Les expériences de Starkenstein ont montré que le fer est résorbé sous forme de chlorure ferreux ; le fer trivalent doit être préalablement transformé en fer bivalent. Aussi est-il particulièrement indiqué de donner le fer sous forme de chlorure ferreux pour simplifier le travail de résorption. C'est ce sel stabilisé qu'ont employé Heilmeyer, Albers, etc. Leurs essais ont bien mis en évidence l'élévation du fer sérique consécutive à son ingestion, qu'il s'agisse d'anémies post-hémorragiques ou d'anémies infectieuses, seulement dans ce dernier cas le déficit en fer est plus difficile à combler. Une autre préparation recommandable, surtout chez le nourrisson, est l'association de chlorure ferreux à la vitamine C.

La posologie des préparations ferrugineuses se fonde rationnellement sur le résultat du traitement de l'anémie contrôlé par les examens hématologiques et les dosages du fer sérique. La posologie courante est de 2 comprimés de chlorure ferreux stabilisé dosés à 0 *g*. 05, 3 fois par jour, soit 0 *g*. 30. Albers, se basant sur ses dosages, estime cependant qu'une dose double est souvent nécessaire.

Dans les *anémies post-hémorragiques* c'est cette dernière dose (0 *g*. 60) qui conviendrait le mieux pour obtenir la régénération la plus rapide. En tout cas on ne cessera jamais le traitement avant complète restauration de la formule rouge, et, en particulier, de la valeur globulaire normale.

Dans l'*anémie des infections* les expériences de résorption d'Albers démontrent qu'un traitement martial est également indiqué, mais aussi que le manque de fer est bien plus difficile à corriger que dans les états de déficit en fer d'autre origine. Pendant la grossesse et les suites de couches où les besoins de la mère et de l'enfant sont si aigus, cette thérapeutique appliquée chez les femmes infectées de façon intensive et prolongée est très indiquée. La suppression du foyer infectieux, quand elle est réalisable, hâte fortement la régénération sanguine.

Dans les *fibromyomes* où l'anémie résulte le plus souvent à la fois du manque de fer véritable par spoliation sanguine et du manque de fer relatif par blocage du métabolisme du métal, l'exérèse de la tumeur s'impose avant tout, mais un traitement ferrugineux additionnel sera souvent très profitable.

Dans les *cancers génitaux* Albers a montré que le traitement martial réussit à empêcher la chute du fer sérique consécutive à la curiethérapie.

Chez l'*enfant* le problème de l'approvisionnement en fer est simple tant qu'il s'agit du fœtus. En effet, si l'on assure un taux de fer sérique suffisant chez la mère, on assure du même coup le ravitaillement *in utero* de l'enfant, le fer du sang du cordon s'accroissant en même temps que celui de la mère. Le ravitaillement en fer du nourrisson est une tâche plus délicate, car il tolère souvent mal les préparations ferrugineuses ajoutées au lait : vomissements et diarrhée obligent bientôt à cesser la médication. Albers a montré que le chlorure ferreux stabilisé est capable d'enrichir le lait maternel en fer, et de 30 à 50 pour 100 avec une dose de 0 *g*. 60 par jour. Ce « lait ferrugineux maternel » lui a donné d'excellents résultats quand le lait de la mère s'est appauvri en fer par manque de fer véritable ou relatif. Il recommande le chlorure ferreux : 1° chez toute mère ou nourrice ayant à élever un prématuré, pendant toute la durée de l'allaitement ; 2° chez toute femme en couches fébricitante, même si la température n'atteint que 38° et ne dure que quelques jours, tant qu'elle allaite et au moins quatre semaines après la cessation de la fièvre, le rétablissement du métabolisme normal du fer demandant longtemps ; 3° chez toute accouchée ayant perdu 500 cm^3 de sang ou plus, jusqu'au retour de la formule rouge à la normale ; 4° chez toute femme en couches fournissant une quantité de lait insuffisante ; 5° chez toute femme en couches, même quand elle n'allaite pas, pour refaire le plein des dépôts de fer.

A défaut de lait ferrugineux maternel, on devra, d'après Albers, donner du fer, en plus du lait de vache, à tout nourrisson alimenté exclusivement avec ce lait, et surtout s'il s'agit de nourrissons de mères tuberculeuses. Il a essayé d'enrichir en fer le lait des vaches en leur donnant du chlorure ferreux, mais toutes ses tentatives ont échoué. Force est donc d'ajouter directement la préparation ferrugineuse au lait de vache. Le fer bivalent stabilisé associé à l'acide ascorbique doué de pouvoir réducteur lui a donné satisfaction chez le nourrisson.

Telles sont, en bref, les notions nouvelles que nous ont apportées les récentes recherches faites sur le métabolisme du fer. Est-ce à dire que tous les problèmes que pose ce métabolisme soient élucidés ? Non, et il s'en faut. L'étude des processus de régulation de ce métabolisme, entre autres, est à peine ébauchée. Mais, déjà, on peut dire qu'une riche moisson d'acquisitions nouvelles d'un intérêt théorique et pratique certain a été faite, permettant de jeter un regard plus pénétrant dans les échanges ferrugineux de l'organisme et d'établir les bases d'une thérapeutique martiale rationnelle.

P.-L. MARIE.

BIBLIOGRAPHIE

BJERRE et CHRISTOFFERSEN : *Nord. Méd.*, 1942, **16**, 3314. — BRÖCHNER-MORTENSEN : *Acta med. Scand.*, 1943, **113**, 345. *Id.*, *ibid.*, 362. — HEMMELER : *Kl. Wschr.*, 1939, **18**, n° 37, 1245. — KNUTSEN : *Acta med. Scand.*, 1943, **114**, n° 3, 280. — SCHULZ : *Dtsch. med. Wschr.*, 1942, **68**, n° 7, 157. — SCHITTENHELM : *Zbl. f. inn. Med.*, 1940, **61**, n° 26, 425. — SKOUGE : *D. N. Vidensk.*, 1939, n° 7. — STODTMEISTER et BÜCHMANN : *Dtsch. med. Wschr.*, 1943, **69**, n° 13, 298.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

9 Août 1943 [1].

Rôle des éléments organominéraux du sérum sanguin dans la transfusion sanguine expérimentale. — M. H. Violle expérimente le sérum suivant : sérum de cheval sub-déprotéiné, 500 cm^3; eau de mer (à 35 *g*. pour 1.000 de sels minéraux totaux), 125 cm^3 et eau distillée pour isotonie du milieu à 9 pour 1.000, 375 cm^3. Total des ions fondamentaux contenus dans ce sérum : Cl, 4,14; K, 0,19; Na, 2,96 : Ca, 0,127; Mg, 0,128; soit 7 *g*. 55 environ par litre.

Les expériences relatées établissent la valeur physiologique d'un tel sérum.

Modifications de l'activité physiologique de la yohimbine résultant de sa transformation en base ammonium quaternaire. — M. Raymond-Hamet.

Action vitaminique bivalente B_1 et B_2 de la fluorescyanine. — MM. R. G. Busnel, P. Chauchard, Mme H. Mazoué, MM. M. Pesson et M. Polonovski.

Action du froid sur la réparation des radiolésions chez une levure et chez une bactérie. — M. R. Latarjet.

20 Septembre.

Action d'un sérum spécifique antitoxique et antimicrobien contre la toxiinfection expérimentale typhoïdique. — M. H. Vincent. L'évolution clinique et anatomo-pathologique de la fièvre typhoïde est sous la dépendance conjuguée non seulement du bacille (qu'on retrouve après la mort dans le sang et dans tous les organes), mais encore de sa double sécrétion toxique, neurotrope et entérotrope, qui commande, à la fois, les symptômes dominants et les lésions essentielles de la maladie.

En conséquence, l'immunisation des chevaux doit viser non seulement la neutralisation du bacille pathogène, mais encore et surtout celle de ses toxines spécifiques. C'est en se basant sur ces principes fondamentaux, vérifiés par des expériences très nombreuses et poursuivies pendant une longue période d'années, que l'auteur a soumis à l'immunisation prudente et progressive plusieurs chevaux. L'action du sérum ainsi obtenu a été éprouvée sur les animaux de laboratoire et plus spécialement le cobaye.

En raison de l'évolution suraiguë de ces inoculations, il convient, pour apprécier l'activité antimicrobienne et antitoxique du sérum en expérience, de l'injecter aux animaux à une période qui en permette la résorption préalable totale et, par suite, l'action neutralisante à l'égard des bacilles inoculés et de leurs toxines si actives. A cet effet, le sérum a été injecté sous la peau 18 heures avant l'inoculation.

Ce sérum expérimenté s'est montré d'une forte activité antitoxique et antimicrobienne. Faite seulement 2 heures avant l'injection de la culture hypervirulente ou de la toxine, celle du sérum n'a pas le temps suffisant pour être intégralement résorbée et d'exercer son action neutralisante.

L'activité du sérum expérimenté a été très forte eu égard à l'extrême sévérité des épreuves. L'évolution que la fièvre typhoïde affecte chez l'homme, même dans ses formes les plus graves, est beaucoup plus prolongée et ne saurait évidemment être comparée à celle de la toxi-infection expérimentale à marche suraiguë, presque foudroyante, qu'elle présente chez le cobaye dans les conditions exposées.

L'auteur fera connaître ultérieurement les résultats donnés par le sérum chez des malades atteints de fièvre typhoïde.

27 Septemhre.

Sur quelques propriétés du désoxy-yohimbol. — M. Raymond-Hamet montre que le désoxy-yohimbol possède quelques-unes des propriétés essentielles de la yohimbine et notamment l'action hypotensive et le pouvoir sympathicolytique. Il convient de noter que le désoxy-yohimbol est la première substance du groupe de la yohimbine ne donnant pas les deux réactions colorées les plus caractéristiques de cet alcaloïde, dont on ait pu mettre en évidence l'activité sympathicolytique.

Combinaisons entre protéides et cuivre. — MM. M. Machebœuf et M. Viscontini. Les protéides du sérum peuvent former avec le cuivre des complexes dans lesquels le métal est masqué à ses réactifs. L'affinité des protéides pour le cuivre est tellement grande qu'un dialyseur contenant du sérum capte les traces de cuivre présentées dans le liquide dans lequel on le plonge.

J. COUTURAT.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

6 Juin 1944.

L'index tuberculinique en milieu scolaire parisien en 1943. — MM. F. Bezançon, Boulenger et Maclouf montrent qu'alors que toutes les enquêtes révèlent la grande augmentation actuelle de fréquence de la mortalité et de la morbidité tuberculeuse, l'index de tuberculinisation est plutôt en diminution; une statistique sur 7.000 enfants des écoles parisiennes leur a donné, à 5 ans, 17 pour 100; à 10 ans, 24 pour 100 et à 14 ans, 38 pour 100 de cuti-réactions positives. La statistique de Bohu, à Orly, en 1937, avait donné 33 pour 100 de cuti-réactions positives à 10 ans et 61 pour 100 à 14 ans. Il n'y a donc plus, comme il y a quelques années, parallélisme entre la diminution globale de mortalité par tuberculose et celle de l'index de tuberculinisation; l'index mesure l'infection tuberculeuse quelle qu'elle soit et renseigne surtout sur l'importance de la contagion qui, à Paris, n'est guère modifiée; mortalité et morbidité relèvent de la contagion et aussi de toute une série de causes secondes actuellement prédominantes: sous-alimentation, fatigue, misère, anxiété. Tout en continuant à lutter le plus possible contre la contagion, on doit faire porter l'effort contre les causes secondes responsables de la gravité de la maladie.

— M. Coureoux a fait des constatations analogues dans les écoles libres.

Action de l'oxyquinoléine sulfurique sur certains symptômes du cancer thyroïdien métastatique. — M. Loeper a utilisé, dans des métastases osseuses d'un cancer thyroïdien avec syndrome de Basedow, l'oxyquinoléine sous forme d'oxyquinoléine sulfurique, débarrassée par l'élément SO^3H de sa toxicité; ce corps garde des propriétés thérapeutiques réelles: il a diminué les douleurs osseuses, fait disparaître au moins momentanément les signes thyroïdiens provoqués par les métastases et peut-être stabilisé pour un temps celles-ci.

La tuberculose extra-pulmonaire des anciens pleurétiques. — M. Brelet, chez 600 malades ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse, a relevé dans les années suivantes 51 cas de localisation tuberculeuse extra-pulmonaire, parfois génito-urinaire, plus souvent ostéo-articulaire; le mal de Pott est assez fréquent.

Développement psycho-moteur du premier âge. — Mlle Lézine a établi une série de tests pour le premier âge comprenant des épreuves de locomotion et de contrôle postural, des tests verbaux, des tests de coordination oculo-motrice et des épreuves d'adaptation sociale. Etablis sur 330 enfants de 3 mois à 4 ans, ces tests serviront à l'étude des stades du développement neuro-psycho-moteur du premier âge.

Pouvoir antigénique du bacille typhique irradié. — MM. H.-R. Olivier, Tétard et Blandin montrent que l'irradiation des germes du groupe typho-paratyphique n'altère pas leur pouvoir antigénique; le pouvoir agglutinant des sérums des sujets préparés avec le vaccin irradié est égal et souvent supérieur à celui des sérums des sujets préparés avec le vaccin chauffé et dans le 1er cas, les agglutinines développées persistent plus longtemps.

Quelques nouveaux éléments et enseignements de la cuti-réaction à la tuberculine en milieu campagnard. — M. Durand (de Courville).

13 Juin.

L'indice chronologique vestibulaire dans les carences alimentaires et l'amnésie mentale. — MM. Bourguignon et Laroche montrent que les troubles dus aux carences alimentaires s'accompagnent d'une augmentation des indices chronaxiques vestibulaires qui suit assez exactement la perte de poids, d'où la possibilité de chiffrer la carence et d'en suivre l'évolution; les femmes résistent mieux aux carences alimentaires que les hommes; il n'y a pas de rapport précis entre l'indice, l'azote résiduel et les protéines du sang. Dans l'anorexie mentale, l'indice est le plus souvent diminué et varie avec l'état mental, mais non avec le poids.

Ces variations se font en sens inverse de celles que Mouriquand a observées dans l'avitaminose du pigeon; il ne semble donc pas s'agir chez l'homme de privation de vitamines mais de déséquilibre dans les rations; il faut peut-être aussi faire jouer un rôle à l'état d'inquiétude ou d'anxiété créé par la vie actuelle.

Sur la formation dans l'organisme humain de substances cancérigènes. — M. Roussy présente une note de MM. Sannié, Truhaut et Guérin qui ont obtenu des sarcomes chez la souris après injection sous-cutanée des fractions insaponifiables de foie de sujets cancéreux; aucune tumeur n'a été observée après injection dans les mêmes conditions d'insaponifiables de foies de sujets normaux; ces résultats, s'ajoutant à ceux que les auteurs ont déjà publiés, viennent à l'appui de l'hypothèse d'après laquelle le cancer résulterait de la formation dans l'organisme de substances douées d'action cancérigène.

Antigènes bactériens, haptènes et mécanisme de la formation des anticorps. — MM. Boivin et Delaunay montrent que l'antigène bactérien responsable de l'apparition de l'anticorps O doit généralement sa spécificité à un polysaccharide; à l'état libre, celui-ci n'est pas ou n'est que médiocrement antigénique, sans doute parce que sa taille moléculaire relativement faible rend sa capture malaisée par les cellules phagocytaires ou colloïdopexiques du système réticulo-endothélial. Il y a tout lieu de penser qu'à la surface des corps bactériens le polysaccharide est retenu par une union assez lâche avec des éléments phospholipidiques et polypeptidiques; il se libère à l'état de complexe antigénique et toxique, de composition glucido-lipidique ou glucido-lipido-polypeptidique assez variable lorsqu'on abandonne les germes à l'autolyse ou qu'on fait agir sur eux des réactifs doux. Tout conduit à estomper les frontières entre haptènes et antigènes et à abandonner la notion classique d'une structure chimique conditionnant le pouvoir antigénique en faveur de la notion nouvelle d'une fonction antigénique capable de s'exercer lorsque sont réalisées certaines conditions permettant la capture du gabarit polysaccharidique spécifique par les cellules formatrices d'anticorps.

Etiologie des accidents de dentition. — M. A. Herpin montre que les accidents de dentition sont des accidents d'évolution en rapport avec un déséquilibre des parties intéressées; le système masticateur a subi chez l'homme une diminution fonctionnelle inégale suivant les constituants, d'où un défaut de parallélisme entre la longueur des maxillaires et le volume des dents; celles-ci peuvent demeurer trop volumineuses et leur éruption arrive à réaliser une véritable effraction.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

7 Juin 1944.

Deux cas de fracture vertébrale au cours du tétanos. — M. Caby (Corbeil), sur 18 cas de tétanos, a eu 8 guérisons. Deux malades ont accusé des douleurs lombaires secondaires, chez le premier, à une fracture de la 4e dorsale; chez l'autre, à l'effondrement de 3 vertèbres. Ce dernier a reçu une greffe vertébrale. L'auteur rapproche ces fractures des atteintes osseuses rencontrées lors du traitement cardiazolique.

— M. Lance a observé 2 cas de fractures rachidiennes après tétanos chez l'enfant. Les clichés systématiques en montreraient la fréquence.

Sur la résection secondaire précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs. — MM. Virenque et Cahuzac (Toulouse) ont eu 9 très bons résultats sur 11 malades. Les échecs s'expliquent par des indications discutables. Ils sont actuellement satisfaits de la méthode d'immobilisation plâtrée associée au traitement iodo-sulfamidé.

Hernie diaphragmatique à forme anémique. — MM. Jean Gosset et Guy Albot, à l'occasion de 2 cas concernant l'allure anémique d'une hernie de l'hiatus œsophagien, montrent qu'il y a là une forme clinique nouvelle à connaître. Plusieurs exemples de ces anémies hypochromes à type pseudochlorotique ont été publiés à l'étranger. Le mécanisme de l'anémie est variable: en l'absence d'ulcère associé, il peut s'agir de troubles de l'hématopoïèse, d'hémorragies gastriques répétées, de congestion veineuse. Malgré leur état général, il faut opérer ces malades qui guérissent.

— M. J. Quénu insiste sur l'association fréquente des ulcères gastriques avec les hernies œsophagiennes et avec les éventrations diaphragmatiques.

Sur les hernies du côlon dites par glissement. — M. Jean Gosset s'élève contre la théorie classique de Lardennois et Okinczyc dont se déduit une technique de hernio-laparotomie. En fait, l'acte chirurgical ne consistera qu'en ouverture du sac là où il existe, puis refoulement en masse du côlon et réfection pariétale.

Sciatique par hernie discale. — M. Petit-Dutaillis rapporte cette observation de MM. Meunier et Gros. L'ablation de la hernie discale guérit cette sciatique rebelle.

A propos de 6 observations de splanchnicectomie par voie médiastinale pure pour hypertension. — M. Leeuire a obtenu 5 fois un résultat intéressant. La voie médiastinale donne un abord très suffisant.

— M. Leriche dit que la voie sous-diaphragmatique a quelquefois l'intérêt de révéler des lésions réno-urétérales minimes. Il a vu une fois une courbure de l'uretère et une diminution nette du calibre de l'artère rénale.

Gastrectomie pour exclusion. — M. Leriche dit qu'il y a encore des indications à cette opération. Il est malaisé de savoir où finit le fundus. Il est nécessaire d'enlever le pylore.

— M. Sénèque conclut que l'opération est légitime, car quoiqu'on en dise certaines exérèses d'ulcère sont dangereuses. En dehors d'accidents hémorragiques menaçants, certaines radios interdisent d'aller chercher l'ulcère. La résection pour exclusion peut donner des abcès, des fistules et des ulcères peptiques. Cependant si le malade est trop âgé, s'il y a une grande sténose pylorique, la gastro-entérostomie conserve ses droits. Les précautions techniques sont d'opérer en tissu sain et d'avoir assez d'étoffe pour fermer. Il faut enlever la muqueuse pylorique.

14 Juin.

A propos du procès-verbal. — M. Pouliquen utilise la voie scrotale pour les interventions d'hydrocèle ou d'épididyme. Longue incision transversale évitant les vaisseaux.

Fractures vertébrales dues au tétanos. — M. Lance expose 2 exemples de lésions graves de la colonne vertébrale. Cette complication est extrêmement fréquente à l'examen clinique mais surtout aux radiographies systématiques. Elle siège avant tout à la colonne dorsale. Enfin elle peut ne se manifester que tardivement par une cyphose.

Abcès du cerveau à symptomotologie fruste. — M. Daniel Ferey (Saint-Malo) a pu enlever en masse un abcès cérébral sans drainage. Résultat heureux. Lecture de M. Petit-Dutaillis.

Tumeur endo-osseuse de la diaphyse tibiale apparue dans le jeune âge. Dégénérescence sarcomateuse constatée 30 ans après. — M. Moiroud. Il s'agit de la dégénérescence d'un fibrome osseux. M. Moulonguet, rapporteur, expose que ces fibromes osseux arrivent à dégénérer tôt ou tard en fibrosarcomes.

Pneumectomie. — M. Iselin et Mlle Serror. M. Leveuf, rapporteur. Les auteurs présentent 2 observations, l'une concernant une dilatation des bronches, l'autre une tumeur du poumon. La pneumectomie a pu être menée à bien. Les suites furent gênées par des épanchements pleuraux et des fistules bronchiques temporaires. Anesthésie intra-trachéale; voie d'accès large. Drainage inutile. Le gros écueil est le choc opératoire dont la prévention demande des soins très attentifs. La vaste cavité qui demeure se comble avec une rapidité étonnante.

Interréactions de l'os et du métal au cours de l'ostéosynthèse. — MM. Huet et Huguier rappellent que les travaux habituels considèrent 2 ordres de phénomènes: l'action clinique de certains métaux sur des cultures de tissus et les phénomènes électrolytiques entre os et métal. Les auteurs ont recherché le déplacement du métal des pièces d'ostéosynthèse qui leur paraît devoir coïncider avec le déplacement calcique nécessaire à la formation du cal. Le prélèvement de fragments osseux ou périostiques au voisinage des prothèses métalliques a montré la présence de particules des métaux considérés. Les éléments passent électivement autour de certaines vis. Ces vis, soumises avec la plaque qui les portait à l'examen électrolytique, se sont montrées créer un couple électrolytique secondaire et supplémentaire au couple habituel entre os et plaque. Ceci se produit même si les diverses pièces métalliques sont faites de même alliage. Il est donc bon de s'attendre à des accidents de consolidation lorsqu'on est obligé de mettre à la fois des éléments métalliques de nature différente. Enfin il est nécessaire de pratiquer l'ablation de ces éléments dès qu'ils ne sont plus utiles et même s'ils sont bien tolérés.

Discussion sur l'ostéomyélite. — M. Desplas s'est attaché à rechercher ce que deviennent les réséqués pour ostéomyélite. Il cite un excellent résultat, un autre moyen chez lequel il a fallu opérer deux fois pour pseudarthrose, un autre terminé par pseudarthrose.

Staphylococcie maligne de la lèvre supérieure guérie par le bactériophage intraveineux. (Présentation de malade.) — M. Sauvé.

Election d'un membre titulaire de l'Académie. — M. Sylvain Blondin.

21 Juin.

A propos des résections de cancer du sein. — M. Jean Quénu fait des ablations larges avec curage axillaire, même pour récidive de cancer du sein précédemment opéré par exérèse limitée. Les résultats sont en faveur de cette manière de voir.

A propos des blessures par duralumin. — M. Desplas souligne leur particulière gravité.

Complication d'un fibrome utérin dans le post-partum. — M. Moiroud. M. Brocq, rapporteur. Troubles circulatoires d'origine artérielle des membres inférieurs. Amputation de cuisse.

Eléments anatomo-cliniques du choc nerveux. — M. Poinot. M. Jean Gosset, rapporteur. L'auteur insiste sur les éléments essentiels du choc: déperdition plasmatique, vaso-constriction, anoxie et, à nouveau, déperdition par altération capillaire. Le meilleur traitement semble la transfusion plasmatique, préférable aux injections de sérum dont les molécules passent à travers les capillaires. Vient ensuite l'oxygénothérapie, puis les perfusions d'adrénaline et enfin les produits permettant de diminuer la perméabilité capillaire (vitamine P).

— M. Petit (Rouen) insiste sur l'intérêt de la morphine intraveineuse qui lui a donné d'excellents résultats. La suppression de la douleur serait un élément essentiel de la lutte contre le shock.

— M. Petit-Dutaillis pense que l'agitation de certains shockés entraîne une dépense d'adrénaline importante. L'anesthésie générale à l'évipan peut être utile. Chez d'autres le syncortyl, le sérum 143 sont particulièrement efficaces.

— M. Ameline a utilisé aussi la solution 143 avec succès, à condition de l'injecter très chaude.

— M. Huc a eu un résultat étonnant par injection novocaïnique du sinus carotidien chez un sujet chez lequel la perfusion ne paraissait pas très indiquée.

Schwannome gastrique. Ablation de la tumeur. Mort par généralisation néoplasique un an après. — M. Jacques Lacoste (Tulle). M. Brocq, rapporteur. Cette observation prouve l'intérêt qu'il y a à faire, même dans ces cas bénins, une gastrectomie.

— M. Brocq insiste sur le fait que le diagnostic histologique avait affirmé l'absence de malignité.

— M. Petit-Dutaillis cite un cas de schwannome ayant dégénéré.

— M. Sauvage a fait pour schwannome une gastrectomie. L'examen de la pièce montrait l'existence d'une dégénérescence centrale minime. 6 ans après il y avait un noyau hépatique métastatique.

L'astragalectomie temporaire subtotale dans le traitement des pieds bots congénitaux. — M. Rocher (Bordeaux). M. Leveuf, rapporteur. L'auteur conserve la poulie astragalienne. Ce procédé améliore beaucoup les résultats de l'opération de Gross au point de vue morphologique et fonctionnel.

Préservation des parathyroïdes et traitement de la tétanie par la vitamine D. — M. Welti insiste sur les procédés classiques: usage de bonnes ligatures, éclairage excellent, nécessité de ménager le pôle inférieur, car ce sont les parathyroïdes inférieures qui sont le plus menacées. Se méfier des anomalies.

Examiner d'avance les malades au point de vue spasmophilie; ce sont eux qui feront les tétanies les plus sévères. Sur 4.000 interventions, 3 malades firent des tétanies. Cette maladie une fois déclarée doit être traitée par l'administration de vitamine D en solutions fortes, données à très forte dose jusqu'à cessation des accidents, en y associant le calcium. Le meilleur médicament est encore le dihydrotachystérol (AT10) associé au calcium intraveineux.

— M. Petit-Dutaillis administre systématiquement à ses malades du calcium pré- et post-opératoire. Sur 400 cas il n'a vu qu'un cas de tétanie.

Discussion sur l'ostéomyélite. — M. Sorrel clôt la discussion sur le traitement de l'ostéomyélite par la résection diaphysaire. La résection dans les ostéomyélites aiguës graves suppurées donne des résultats immédiats excellents. L'os s'y régénère bien et reprend sa forme normale, les articulations voisines restent souples. Il n'y a pas d'ostéomyélite chronique ultérieure. Les accidents de pseudarthrose peuvent être curés sans difficulté. Certains points à préciser: n'opérer que chez des enfants et dans les premières semaines de l'affection, c'est-à-dire peu de temps après que la suppuration est devenue franche, alors que la réaction périostique est à son maximum. Le traitement dépend de la forme: type où l'état local domine la forme, type septicopyohémique, type où l'état général est à peine touché. Ne jamais rien faire avant que l'abcès soit nettement collecté. Quand celui-ci est collecté, incision de l'abcès et, au besoin, résection, si lésions osseuses nettes. Dans le cas contraire, suivre après l'incision l'évolution. Si cela ne va pas, résection alors en deux temps. D'autres préfèrent se fier, pour choisir le moment de la résection, aux clichés radiographiques.

Dans les formes septicémiques ou septicopyohémiques de pronostic très sombre, il y a peu de thérapeutique possible, mais s'il y a une localisation osseuse tant soit peu nette, il faut tenter quelque chose: une résection peut donner quelques résultats heureux.

Dans les formes plus légères, débat de conscience: choix suivant l'âge, le siège des lésions et la certitude qu'on a que la consolidation sera bonne et durable.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

2 Juin 1944.

Polydystrophie avec gargoylisme du type Hurler-Ellis. — MM. Julien Marie, Ph. Seringe, P. Maurice et Mlle Noufflard présentent l'observation d'une fillette de 4 ans atteinte de polydystrophie congénitale à développement progressif, caractérisée: 1° par la morphologie cranio-faciale: grosse tête avec scaphocéphalie, nez enselle, gros yeux, fortes joues, l'ensemble rappelant assez bien l'aspect grotesque des gargouilles de cathédrale (Ellis); 2° par des altérations ostéo-chondrales diffuses, particulièrement des os du métacarpe. Les mains sont épaissies avec impossibilité de faire le poing et doigts

coniques terminés par des ongles très bombés; 3° par une hépato-splénomégalie importante; 4° par une lésion oculaire constante dans cette maladie, à savoir l'existence d'une opacité cornéenne diffuse accompagnée chez cette enfant de troubles du tonus ayant nécessité une iridectomie; 5° par une arriération mentale d'environ 2 ans. Cette maladie, habituellement familiale, présente par ses symptômes de dystrophie ostéochondrale certains points communs avec la maladie de Morquio, la dystrophie polyépiphysaire de Robert Clément et la polyostéochondrose de Coste et Turpin. La nature de cette maladie est inconnue, mais se basant sur la constance de l'hypertrophie spléno-hépatique, les auteurs pensent qu'elle doit s'apparenter aux maladies par surcharge (polycories de Debré) résultant d'un trouble métabolique congénital. Une vingtaine d'observations de cette affection sont actuellement connues. Les 2 cas français antérieurs ont été observés en 1938 chez 2 enfants, frère et sœur, par Bindschelder et Rodier, de Strasbourg.

Premières recherches sur la pression ventriculaire droite. — MM. R. Lenègre et P. Maurice, par une méthode simple et inoffensive qui consiste à introduire par une veine du bras jusque dans le ventricule droit une sonde souple de petit calibre reliée à un manomètre de Claude, se proposent de mesurer la pression moyenne ventriculaire droite. Chez 12 sujets présentant un cœur normal, les chiffres indiqués par le manomètre de Claude s'inscrivent entre 12 et 20 (moyenne 15,5), un peu plus élevés chez les individus âgés que chez les jeunes. Chez 34 cardiaques, les chiffres extrêmes sont compris entre 12 et 60 (moyenne supérieure à 28). La pression ventriculaire droite est donc plus élevée chez les cardiaques que chez les sujets dont le cœur est normal. La différence est souvent considérable (d'autant qu'il s'agit d'une pression moyenne) puisque les chiffres peuvent varier dans les proportions de 1 à 5, ampleur qu'ignore la grande circulation. Ainsi peut-on asseoir sur une base objective, plus solide que celle d'une hypothèse plausible, la notion de l'hypertension ventriculaire droite. Celle-ci, d'autant plus forte que la cardiopathie paraît mal tolérée, est maxima dans les mitralites graves avec insuffisance cardiaque ou complications pulmonaires. Enfin la pression ventriculaire droite est en général plus élevée en position couchée qu'en position debout, ce qui explique peut-être dans une certaine mesure la dyspnée de décubitus dans les défaillances ventriculaires.

Asthme d'origine équine. — M. Rist a observé chez une femme présentant du coryza spasmodique depuis 2 ans 4 crises d'asthme survenues à l'occasion de son installation à proximité d'une caserne de cavalerie.

Erythème noueux au cours d'une angine streptococcique. — MM. Duvoir et Poumeau-Delille relatent un cas d'érythème noueux survenu au cours d'une angine streptococcique chez une jeune infirmière chez laquelle rien ne pouvait faire penser à une tuberculose et dont les réactions tuberculiniques étaient négatives. La thiazomide fit rapidement disparaître les accidents. Une nouvelle poussée fut de même arrêtée par ce médicament. Ce cas pose le problème de l'érythème noueux syndrome.

— M. Péron a vu au contraire la thiazomide provoquer une poussée d'érythème noueux.

— M. Fouquet souligne qu'en effet cette substance peut tantôt déclencher, tantôt faire disparaître l'érythème noueux. Ce dernier n'est pas toujours tuberculeux, mais peut reconnaître une origine complexe.

Pneumothorax spontané et silicose pulmonaire. — MM. P.-L. Drouet, R. Herbeuval et G. Faivre (Nancy). Il s'agit d'un malade de 71 ans atteint de silicose pulmonaire, chez lequel apparaît brusquement un pneumothorax limité, confirmé par la radiographie. L'examen lipiodolé met en évidence des aspects de bronches amputées ou effilées, coiffées d'images arrondies ou ovalaires à contours réguliers. Le diagnostic porté est celui de pneumothorax spontané par emphysème bulleux chez un silicotique. Une vérification anatomique ultérieure a permis de confirmer le diagnostic en montrant la concordance des images radiologiques avec certaines bulles d'emphysème dont le poumon était truffé. Il y a donc lieu d'insister sur la nécessité de rechercher l'emphysème bulleux à l'origine de certains pneumothorax spontanés.

9 Juin.

Sur la nature tuberculeuse de la péricardite constrictive. — MM. Laederich, Bergeret, Varay et Teyssier présentent l'observation d'un homme de 43 ans, porteur depuis plusieurs années d'une péricardite constrictive calcifiante, dont l'étiologie ne pouvait être cliniquement précisée; une ancienne blessure pénétrante du thorax pouvait faire discuter l'origine traumatique. Aucun argument clinique ne permettait d'incriminer la tuberculose. L'aggravation des troubles cardiaques ayant imposé une péricardectomie, l'examen histologique du péricarde put être fait ; il ne montra que de la sclérose et de l'infiltration calcaire sans aucune lésion folliculaire. Le malade fut remarquablement amélioré par cette opération, mais 18 mois plus tard survinrent dans la cicatrice opératoire 2 abcès froids à bacilles de Koch, suivis d'une granulie rapidement mortelle. L'origine tuberculeuse de la péricardite constrictive, souvent soupçonnée en raison de l'analogie des lésions avec les pachypleurites, et de la fréquence relative d'antécédents de pleuro-péritonite bacillaire, reste encore très controversée, parce que la preuve histologique ou bactériologique manque dans presque toutes les observations. Le cas présent montre que l'absence de lésions spécifiques dans le péricarde fibrosé n'élimine pas le rôle de la tuberculose.

— M. Soulié souligne que plus on examine les observations, et plus apparaît le rôle de la tuberculose dans la péricardite constrictive; parfois cependant elle n'est pas en cause. Du point de vue chirurgical, la création d'un pneumothorax préalable est recommandable. L'anesthésie des plans péricardiques, qui empêche les réflexes graves, s'impose. Les indications opératoires sont très difficiles à préciser: il ne faut pas opérer des malades n'ayant que des troubles fonctionnels réduits ; par contre, on interviendra chez ceux qui présentent un syndrome de Pick à répétition, mais si ce dernier reste fixe, mieux vaudra souvent s'abstenir.

— M. Fiessinger insiste sur la grande latence de la péricardite tuberculeuse. L'inoculation du liquide est peu tuberculisante pour le cobaye et les examens de laboratoire, s'ils sont négatifs, ne plaident pas contre la tuberculose.

— M. Rist pense que les cultures faites selon la méthode de Küss peuvent alors donner des résultats positifs.

— M. Lian estime que la question de l'intervention chirurgicale reste très délicate à trancher. Toutefois il ne faut pas trop attendre et, malgré quelques accidents récemment rapportés, il reste favorablement impressionné par les résultats obtenus dans le cas qu'il a relaté.

— M. Lenègre souligne aussi la difficulté de faire la preuve de l'origine tuberculeuse de la péricardite constrictive. Les arguments cliniques n'apportent que des présomptions fragiles ; les arguments anatomiques ont plus de poids, surtout s'il existe des cellules géantes, ce qui est rare; mais on ne peut fonder le diagnostic de tuberculose sur le caractère purement scléreux des lésions. Les arguments biologiques doivent surtout être invoqués. Sur 11 cas de péricardite constrictive examinés, la tuberculose semblait pouvoir être mise hors de cause 4 fois; elle était en jeu 4 fois et 3 autres malades étaient suspects. Il faut tâcher de tracer les limites de la péricardique constrictive. Elle implique l'existence d'une péricardite associée à un syndrome pathologique spécial de constriction du cœur, souvent difficile à établir cliniquement. Le syndrome de Pick aide grandement le diagnostic. En dehors de la péricardite constrictive, il existe d'autres péricardites symphysaires qui n'ont que des rapports de coïncidence fortuite avec la péricardite constrictive.

Spondylite typhique (discite éberthienne). — MM. S. de Sèze et A. Ryckewaert présentent un cas de discite typhique lombaire (L3-L4) réalisant un tableau clinique et radiologique ressemblant beaucoup à un mal de Pott lombaire, s'en distinguant cependant, du point de vue radiologique, par l'importance et surtout la précocité des réactions constructives vertébrales (jetées ostéophytiques) qui accompagnent la destruction du disque. L'évolution rapidement favorable (guérison en quelques mois) confirme le bien-fondé du diagnostic.

— M. Marquézy signale un cas de spondylotyphus remarquable par son début brutal et l'intensité des douleurs.

— M. Turiaf souligne les difficultés du diagnostic en pareil cas et préconise la tuberculine test.

— M. Flandin, à propos d'un cas qu'il a réalisé jadis, insiste sur le caractère souvent très tardif de cette complication osseuse de la fièvre typhoïde.

Maladie hémolytique chez deux jumeaux monozygotes. — M. Maurice Lamy, Mmes C. Pognan, O. Schweisguth et Fauvert présentent, avec M. Robert Debré, la double observation de jumeaux monozygotes, âgés de 24 ans et atteints tous deux de maladie hémolytique constitutionnelle.

La gémellité monozygotique ne fait pas de doute : en témoignent la ressemblance frappante des deux frères et surtout la quasi identité chez eux des caractères dont la présence est liée à la possession de facteurs chromosomiques : aspect des cheveux, couleur et dessin des iris, forme des oreilles et des dents, dimension des pièces squelettiques, formules dactyloscopiques, groupe et facteur sanguins, résultats de l'épreuve à la thio-urée.

La maladie hémolytique se manifeste chez les deux jumeaux par une symptomatologie clinique et humorale identique : subictère, anémie, splénomégalie, abaissement de la résistance globulaire, réticulocytose sanguine, érythroblastose médullaire.

L'examen des membres de la famille a établi que la mère et la grand'mère maternelle des deux jumeaux étaient toutes deux atteintes de maladie hémolytique.

La nature génotypique de la maladie hémolytique est démontrée une fois de plus à l'aide des deux grandes méthodes d'analyse du patrimoine héréditaire: les études généalogiques et la confrontation des jumeaux.

Observations sur la maladie de Little. Confrontation de deux paires de jumeaux monozygotes. — M. Maurice Lamy, Mmes C. Pognan, O. Schweisguth et Fauvert présentent 2 couples de jumeaux chez lesquels le diagnostic de monozygotisme peut être affirmé par l'identité d'un certain nombre de particularités morphologiques et biologiques de caractère constitutionnel et héréditaire. Dans chaque paire, la confrontation des deux jumeaux montre que l'un est atteint d'une maladie de Little caractérisée par les signes habituels: retard de la marche, contracture des membres inférieurs, démarche en ciseaux, exagération des réflexes rotuliens, réflexes cutanéo-plantaires en extension. Intégrité des membres supérieurs. Absence de troubles psychiques. Dans les deux paires, l'examen du partenaire montre l'absence de toute espèce de symptômes et de signes neurologiques.

Une telle discordance, ainsi constatée à deux reprises, tend à prouver que la maladie de Little n'est pas une affection constitutionnelle, d'ordre génotypique, mais qu'elle résulte d'une action extérieure à l'individu, exercée sans doute pendant la vie intra-utérine ou au moment de l'accouchement.

Nanisme rénal et syndrome d'hyperparathyroïdie. — MM. P.-L. Drouet, R. Herbeuval et G. Faivre (Nancy). L'observation rapportée concerne un jeune malade de 18 ans, atteint de nanisme rénal avec léger infantilisme. L'intérêt de ce cas consiste surtout dans la coexistence d'un syndrome humoral d'hyperparathyroïdie avec acidose, alors que plus habituellement on observe l'hypocalcémie, l'hypophosphorémie et l'acidose. D'autre part, l'existence d'une hyperprotidémie importante pose le problème inverse de celui soutenu par certaines théories que lient le taux de la calcémie à celui de la protidémie dans les états de carence albumineuse pour former un syndrome hypocalcémique et hypoalbuminique.

16 Juin.

Première apparition de l'asthme à la suite d'injections de tuberculine. — MM. A. Jacquelin et J. Turiaf rapportent 6 observations de provocation d'une crise d'asthme à la suite d'injections de tuberculine chez des malades qui n'en avaient jamais été atteints auparavant, mais présentaient une autre tuberculose atypique (rhumatisme de Poncet, irido-cyclite, séquelles de pleurésie). Ces faits sont infiniment plus démonstratifs que le déclenchement de crises d'asthme par la tuberculine chez des asthmatiques avérés dont on connaît l'aptitude à réagir par des paroxysmes dyspnéiques sous les influences les plus diverses.

Ils permettent de ne pas attribuer seulement l'asthme tuberculeux à l'épine irritative broncho-pulmonaire, mais à un phénomène de libération et de fixation toxinique sous l'influence de la réaction focale et de concevoir la réalité d'un asthme tuberculinique.

Les troubles de la diurèse provoquée dans le myxœdème. — MM. Jacques Decourt, F. Verliac et R. Gorin. On note, chez les myxœdémateux, un retard notable de l'élimination de l'eau ingérée. Ce retard s'atténue ou même fait place à une accélération sous l'influence de l'extrait thyroïdien. Il ne peut être mis sur le compte d'un facteur circulatoire, car il n'est pas exagéré par l'orthostatisme. Il ne paraît pas dépendre non plus d'un trouble primitif de l'élimination chlorurée et semble bien, en définitive, devoir être imputé à un facteur humoral ou tissulaire.

23 Juin.

Sur le mode d'action de la vitamine D dans un cas d'ostéomalacie. — MM. Jacques Decourt, Guillemin, Guillaumin et Gorin, dans un cas d'ostéomalacie avec fractures multiples, ont injecté en 6 jours, par voie intramusculaire, 45 mg. de vitamine D cristallisée, en même temps qu'ils administraient de fortes doses de phosphate bicalcique. La guérison clinique, la recalcification squelettique et la consolidation des fractures se sont effectuées en quelques semaines. Des examens en série du sang et des urines montrent que l'action de la vitamine D a été caractérisée par une élévation considérable du phosphore sanguin, sans hypercalcémie concomitante. L'étude de la calciurie et du rapport phospho-calcique urinaire semble indiquer que la médication n'a pas agi seulement sur l'assimilation du phosphore, mais a exercé en outre une action propre sur l'équilibre physico-chimique humoral du calcium.

Paraplégie avec rétention d'urine consécutive à une grosse hémorragie intestinale. — MM. Duvoir, Poumeau-Delille et Choubrac relatent l'observation d'une paraplégie fruste avec importante rétention d'urine, survenue 2 jours après une hémorragie intestinale importante chez un ulcéreux. Ces accidents ont guéri en 15 jours sans laisser aucune séquelle. Les auteurs soulignent que la moelle est bien plus rarement atteinte que l'encéphale à la suite des hémorragies profuses.

Etude électro-encéphalographique d'un cas d'épilepsie pleurale. — MM. Ivan Bertrand, P. Salles, Mme Godet-Guillain et M. G. Mazars ont pratiqué chez plusieurs malades atteints de lésions pleuro-pulmonaires unilatérales des examens électro-encéphalographiques en vue de montrer le retentissement de ces lésions sur les potentiels bio-électriques cérébraux. Une de ces malades porteuse d'un pneumothorax thérapeutique chez laquelle les examens avaient déjà montré des modifications importantes des tracés réalisant, surtout après hyperpnée, de véritables orages électriques, a présenté une crise d'épilepsie jacksonienne, puis généralisée, à l'occasion d'une tentative de réinsufflation, après simple piqûre de la paroi et sans qu'aucune injection d'air ait été pratiquée. Ainsi, chez cette malade qui présentait un état d'hypertonie ou de facilitation corticale démontrée par l'électro-encéphalogramme, une ponction pleurale a déclenché des phénomènes convulsifs. Il semble légitime de rapporter à un mécanisme réflexe les accidents d'épilepsie pleurale qui ont été observés.

Etat infectieux grave et prolongé d'origine indéterminée guéri par la quinine. — M. Marcel Morin relate l'observation d'une jeune fille atteinte en Février 1944 d'un état infectieux grave, accompagné d'ictère, puis d'une splénomégalie considérable qui se prolongea durant plus de 2 mois et qui céda rapidement à la quinine. Tous les examens de laboratoire demeurèrent négatifs, y compris la recherche répétée des hématozoaires. Le paludisme, auquel le brillant succès obtenu avec la quinine aurait pu faire songer, n'est donc guère plausible, d'autant que la maladie a débuté en Février, dans une région indemne de malaria, et que la splénomégalie a rétrocédé lentement.

Nouveau cas de diagnostic clinique de calcification du péricarde grâce à la vibrance péricardique isodiastolique. — M. C. Lian rapporte la 3e observation personnelle dans laquelle la constatation du signe stéthoscopique qu'il a décrit sous le nom de vibrance péricardique isodiastolique lui a permis de faire le diagnostic clinique de péricardique calcifiante, diagnostic vérifié ensuite par la radiographie. Dans le cas particulier le bruit vibrant péricardique, postérieur au 2e bruit du cœur et perçu sur toute la région précordiale, était assez intense pour être nettement entendu au creux sus-sternal, dans les artères sous-clavières, dans les carotides et même à l'auscultation de l'artère humérale, en aval du brassard sphygmomanométrique, au-dessus de la tension maxima et au-dessous de la tension minima.

La vibrance péricardique isodiastolique est donc un signe stéthoscopique important qui rend possible le diagnostic clinique de calcification du péricarde.

Le rythme de rappel du rétrécissement mitral. — M. C. Lian expose les conclusions de ses recherches cliniques et phonocardiographiques. Grâce à l'enregistrement électrique simultané du bruit de rappel et du choc apexien, il a établi que dans les 3/4 des cas le bruit de rappel est dû au claquement d'ouverture de la mitrale. Ce claquement est un bruit sec ayant son maximum de netteté dans la région juxta-xiphoïdienne, à l'extrémité interne des 4e et 5e espaces intercostaux gauches, tandis que le dédoublement sigmoïdien du 2e bruit, formé de deux éléments bien plus rapprochés que le 2e bruit et le claquement d'ouverture, a son maximum dans les 2e et 3e espaces intercostaux gauches. En outre, à l'auscultation du creux sus-sternal, on n'entend pas ce dédoublement sigmoïdien du 2e bruit, tandis qu'on entend en général le claquement d'ouverture de la mitrale.

Le dédoublement sigmoïdien permanent du 2e bruit existe dans certains rétrécissements mitraux ainsi que dans beaucoup d'autres cardiopathies; il n'a donc aucune valeur pour le diagnostic du rétrécissement mitral. Seul un bruit de rappel dû au bruit surajouté ayant les caractères attribués plus haut au claquement d'ouverture est un excellent argument en faveur de l'existence d'un rétrécissement mitral.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

10 Juin 1944.

L'hypophyse des animaux sous-alimentés. — M. P. Desclaux. Chez le rat soumis à un régime restreint mais équilibré, l'hypophyse subit des modifications portant sur le lobe antérieur seul. Les cellules acidophiles surtout, mais aussi les basophiles, subissent une régression morphologique qui les rapproche des cellules chromophobes. Cette involution paraît un signe de leur hypofonction.

Action masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone. — MM. A. Giroud, P. Desclaux, M. Martinet et J. Piat. Les données de la littérature divergent au sujet de l'activité masculinisante de l'acétate de désoxycorticostérone. En utilisant un produit purissime nous avons constaté, chez le rat, qu'il n'y a aucune action masculinisante, malgré l'emploi de très fortes doses.

Action des déprimants des cellules ganglionnaires du système nerveux autonome sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont constaté que le tartrate de nicotine et le sulfate de spartéine n'ont pas d'action empêchante sur l'apparition du choc anaphylactique du lapin.

L'action de l'adrénaline sur la résistance des capillaires et son augmentation sous l'influence de la vitamine P (épicatéchine). — MM. Jean-Louis Parrot, Jean Lavollay et Paul Galmiche observent cette augmentation chez le cobaye et chez l'homme. Cette nouvelle propriété de l'épicatéchine est rapprochée de son activité vitaminique P.

Influence des actions vasomotrices de l'acétylcholine sur les effets broncho-pulmonaires de cette substance. — M. R. Tiffeneau et Mme M. Beauvallet ont montré que les effets broncho-pulmonaires de l'acétylcholine ne sont pas influencés par les actions vasomotrices que peut exercer cette substance. La vasodilatation artificielle des capillaires pulmonaires n'exerce pas non plus d'effets appréciables sur la fonction respiratoire.

Répercussion électro-encéphalographique des réactions pleurales. — MM. Ivan Bertrand, P. Salles, J. Godet et G. Mazars La plupart des lésions pleuro-pulmonaires par excitation permanente de la chaîne sympathique thoracique entraînent des modifications de l'E.E.G.

Les réactions observées de facilitation et d'afterdischarge corticales, le plus souvent homolatérales, sont déterminées par l'afflux constant au niveau de l'encéphale de pulsations neuroniques pleuro-sympathiques.

Ces constatations apportent un appui appréciable à la théorie réflexe de l'épilepsie pleurale.

Antigènes glucido-lipidiques et pouvoir phagocytaire des cellules réticulo-endothéliales. — MM. A. Delaunay, R. Sarciron et J. Pages.

Du dosage de l'hormone cortico-surrénale dans les urines (test de Giroud). — MM. Riser, Planques, Dardenne, et Mlle Salles.

Différences glucidiques artério-veineuses des centres nerveux chez le chien. — MM. Riser et Valdiguié.

La mobilisation des graisses dans le foie sous l'influence de l'anoxémie. — MM. P. Florentin, R. Grandpierre, P. Grognot et G. Royer.

Diminution par le 1162 F de l'action anesthésique locale de la novocaïne. — M. Hazard.

Principe de dosage électrostatique des aérosols. — MM. M. Loeper, J. Cottet et M. Jost.

Election. — M. Prévost est élu membre titulaire.

17 Juin.

L'hypophyse au cours de la carence C. — MM. A. Giroud et P. Desclaux. Diverses données révèlent des modifications fonctionnelles de l'hypophyse au cours de la carence C. Les auteurs constatent ses transformations morphologiques. Les lobes nerveux et intermédiaire ne sont pas modifiés. Dans le lobe antérieur il y a, par contre, une dégranulation et une régression des cellules acidophiles très marquée. Les modifications des basophiles le sont moins.

Sur le pouvoir fixateur de la réaction inflammatoire. — M. A. Delaunay.

Antigènes glucido-lipidiques et anaphylaxie. — MM. A. Delaunay et J. Pages.

Electro-choc et indice chronologique vestibulaire chez l'homme. — MM. Georges Bourguignon, Jean Delay et Neveu.

Suppression des troubles neuromusculaires de l'alcalose chronique par la vitamine D. —M. Paul Chauchard, Mme Henriette Mazoué et M. Raoul Lecoq.

Action de la farine de germe de blé sur les troubles de l'excitabilité neuromusculaires observés chez le pigeon au cours du déséquilibre glucidique atténué. — MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Henriette Mazoué.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

9 Mars 1944.

Nævo-fibromes miliaires. — MM. Touraine et Solente signalent une forme inédite de fibromes miliaires congénitaux existant par milliers sur la face et le tronc, mais respectant les membres, à structure fibro-angiomateuse. Pas d'autre anomalie. La mère présenterait les mêmes lésions autour des yeux.

Gangrènes microbiennes insulaires bénignes. — MM. Touraine, Guex et Guéniot en rapportent 2 nouveaux cas chez un homme de 78 ans et une femme de 33 ans, survenus après un léger traumatisme, siégeant sur le dos d'un pied ou sur une jambe, sans origine artérielle ou diabétique, d'évolution rapidement bénigne et dus, tous deux, à un staphylocoque blanc poussant en anaérobie.

Urticaire pigmentaire chez le père et le fils. — MM. Touraine et Solente ont vu une urticaire pigmentaire typique à la fois chez un homme de 24 ans et, en forme plus intense, chez son fils unique âgé de 3 ans, ce dernier sans trouble hépatique, splénique ni hématologique. Quelques observations analogues confirment le rôle possible de l'hérédité, en dominance régulière.

Facteur létal sans syphilis. — M. Touraine relate l'observation d'une famille dans laquelle 3 unions ont donné un grand nombre d'avortements, malgré que la syphilis n'ait pu être mise en cause et malgré de longs traitements spécifiques. Deux de ces unions ont eu lieu entre deux mêmes familles. Il s'agit là d'un facteur létal agissant en homozygotie récessive.

Disparition de papules de la face après une biopsie. — MM. Gougerot, Burnier et Duperrat présentent une jeune femme atteinte depuis 5 ans de papules disséminées sur la face et rappelant les tuberculines ; la biopsie d'un élément amena, en 8 jours, la disparition des autres papules.

Urticaire par pression. — MM. Gougerot et François présentent un homme qui, 3 heures après une pression sur la peau, fait un urticaire hypodermique et dermique qui dure 24 à 48 heures.

Lichen plan buccal. — M. Gougerot pose la question de l'association du lichen plan buccal avec d'autres dermatoses non lichéniennes ; il soulève le problème des critères histologiques et de la nature du lichen plan.

Pemphigus grave. — MM. Gougerot et Paraf apportent une nouvelle observation d'un pemphigus cutanéo-muqueux qui guérit alors que l'état général s'aggrave entraînant la mort ; l'hémoculture révéla la présence du streptocoque hémolytique.

Syndrome d'Ehlers-Danlos. — MM. Coste, Boyer et Hewitt ont observé, chez une femme de 23 ans, un syndrome d'Ehlers-Danlos avec pseudo-tumeurs molluscoïdes et laxités articulaires, associé avec une luxation congénitale de la hanche ; la biopsie montra les lésions caractéristiques des fibres élastiques du derme.

Arthropathie tabétique de la hanche. — MM. Coste, Boyer et Hewitt ont traité avec succès une arthropathie subluxante de la hanche, avec menace de luxation complète et d'ostéolyse, par l'électropyrexie, la bismuthothérapie et l'extension continue combinées.

Sarcoïdes noueuses. — MM. Coste, Boyer et Hewitt ont vu apparaître une éruption de sarcoïdes noueuses disséminées chez une malade à sérologie subpositive et énergiquement traitée ; le bismuth ne paraissant pas avoir d'action sur elles, on donna à la malade 10 g. de sulfamidothiourée par jour pendant 3 jours, ce qui amena la disparition rapide des lésions.

Lésion lichénoïde du gland avec sclérose préputiale. — MM. Coste, Marceron et Hewitt ont observé cette lésion accompagnée d'œdème éléphantiasique du scrotum et de la verge ; Frei positif. On peut rapprocher cette lésion de la forme génito-crurale de Jersild et l'attribuer au virus lymphogranulomateux.

Vaccine du poignet. — M. Sézary présente une femme dont le dos du poignet est recouvert de 25 pustules vaccinales, développées sur des gerçures dues au froid ; les mains de la malade, non vaccinée depuis 25 ans, avaient été au contact du vaccin d'un enfant.

Boutons d'huile du visage par brillantine. — M. Garnier a observé chez un homme de 35 ans des boutons d'huile des 2 régions temporales, à la suite de l'application de brillantine sur la chevelure et les tempes ; l'analyse montra qu'il s'agissait d'une huile minérale de récupération.

Aphtose cutanéo-muqueuse. — MM. Degos et Garnier ont constaté chez une tuberculeuse de 26 ans des ulcérations aphtoïdes buccales et vulvaires avec folliculites cutanées ; auto-inoculation négative ; absence de *Bacillus crassus*. Guérison rapide par le sulfathiazol.

Léiomyomes éruptifs de la face. — MM. Degos, Garnier et Mlle Dobkevitch présentent une femme de 35 ans atteinte dès l'enfance, sur la joue droite, d'un semis d'éléments durs, saillants ; la biopsie montra qu'il s'agissait d'un léiomyome développé sans doute aux dépens des muscles lisses de l'appareil pilo-sébacé.

Tuméfaction médiane de la langue. —M. Degos et Mlle Dobkevitch rapportent 1 cas de tuméfaction médiane de la langue due à une hypertrophie glandulaire muqueuse.

Dermite eczématoïde post-sulfamidique. — M. Simon porte 2 cas de dermite eczématoïde par application locale de sulfamides.

« Acanthosis nigricans ». — MM. Huriez et Leborgne ont observé, chez un homme de 25 ans, un acanthosis aigu révélateur d'un cancer rénal qui entraîna la mort par métastases hépatiques (ictère).

Herpès confluent, bipolaire et contagieux. — M. Rabut a observé un herpès confluent sur la vulve, le col utérin et les amygdales d'une femme dont le partenaire avait un herpès diffus du fourreau et du gland.

Erythrodermie vésiculo-œdémateuse. — M. Karatchenzeff a noté une intradermoréaction positive à l'arsenic dans un cas d'érythrodermie fruste primitive.

Poïkilodermatomyosite circonscrite. — M. Cadrat signale l'efficacité remarquable du traitement iodé dans un cas de poïkilodermatomyosite circonscrite chez une enfant de 10 ans.

— M. Ménard a observé chez un hérédo l'amélioration rapide d'un ictère par le traitement spécifique.

Statistique vénérienne. — MM. Nanta et Laurentier ont noté à Toulouse, en 1943, 90 syphilis récentes contre 47 en 1942.

Anétodermie. — MM. Bouisset et Pellegrin ont vu chez une femme de 38 ans une anétodermie de Jadassohn coexistant avec un lupus érythémateux et des tuberculides.

Traitement de la syphilis récente par un dérivé de la phényl dichlorarsine (4000 M). — M. Marceron signale que ce corps préparé extemporanément peut être injecté à des doses doubles de celles du produit en ampoules ; l'action tréponémicide intense raccourcit notablement la période de contagiosité.

— M. Durel a conseillé l'emploi de ce corps aux doses de 12 cg. par jour ; les Américains ont eu des accidents avec 24 cg. par jour.

Circulation dans l'organisme des diazines, nouvelle série de sulfamides. — MM. Durel et Allinne montrent qu'avec la sulfamido-diazine (2616 RP) et avec son dérivé méthylé (2632 RP) la sulfamidémie est très importante ; après une ingestion d'une dose unique de 2 g. on a 4 mg. 75 à la 5e heure et encore 3 mg. à la 12e heure.

Pathogénie de l'acné miliaire et rosacée de la face. —MM. Desaux et Pretet pensent qu'il s'agit d'un état allergique des follicules pilo-sébacées de la face : suivant les cas, processus d'anaphylaxie alimentaire ou existence d'une infection focale intestinale, gingivale, urinaire ; le choc allergique folliculaire qui réalise la papule d'acné miliaire ou rosacée semble exercer une action biotropique secondaire sur le staphylocoque, auteur de la pustule qui coiffe la papule.

Parapsoriasis en gouttes et mycotoxines. — MM. Jausion, Mounot et Cailliau ont observé dans un parapsoriasis guttata une forte intradermo-réaction par les mycotoxines, plus intense que celles provoquées par la tuberculine.

Huile d'anthracène et tests de lumière. — MM. Jausion, Calop et Carlier montrent que les huiles d'anthracène ne sont pas photodynamiques à l'épreuve des tests sensitométriques ; en applications locales, elles font écran vis-à-vis des rayons.

Kérion de Celse. — MM. Jausion, Calop et Carlier ont vu guérir un kérion 48 heures après une intradermo-réaction à la tricophytine.

— MM. Dérot et Lafourcade ont guéri rapidement un kérion par les sulfamides en ingestion et en applications locales.

Ichtyose généralisée. — MM. Dérot, Lafourcade et Bourdy, se basant sur l'existence d'une hypercalcémie, ont obtenu une amélioration nette de l'ichtyose et de la desquamation après une parathyroïdectomie droite.

— MM. Dérot, Lafourcade et Mme Boreau ont eu recours, dans un autre cas d'ichtyose, à une énervation sinucarotidienne : amélioration nette des symptômes cutanés.

Erythème polymorphe au cours de la sulfamidothérapie. — MM. Dérot, Lafourcade et Mme Boreau rapportent 2 cas d'érythème polymorphe au cours de traitement par le sulfamidothiazol, sans doute par biotropisme.

Deux cas d'herpès gestationis récidivant. — MM. Bouisset et Pellegrin.

Pityriasis versicolor réticulé et exubérant. — M. Ménard.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

17 Février 1944.

La transfusion du sang par la voie intra-sternale. — MM. G. Girard et Th. Desmonts. Exposé de la technique et des avantages de cette méthode qui parait particulièrement indiquée chez les sujets à veine difficilement abordables.

Association de l'opothérapie médullaire à l'hépatothérapie dans le traitement de la maladie de Biermer. — MM. G. Giraud et Th. Desmonts. Relation de résultats supérieurs à ceux fournis par l'hépatothérapie seule.

La lymphoblastose subaiguë et ses formes cliniques. — M. P. Cazal décrit sous ce nom une variété de leucose dont l'autonomie n'avait pas été parfaitement reconnue jusqu'à présent.

Forme plasmocytaire de la réticulose histio-monocytaire. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et P. Cazal. Description de cette forme. Discussion de ses rapports avec les autres plasmocytoses connues.

Etude critique de l'anémie achrestique de Wilkinson. — M. Jean Bernard et Mlle Noufflard. L'anémie achrestique de Wilkinson est une variété d'anémie pernicieuse caractérisée par la conservation de la chlorhydrie gastrique et l'inefficacité de l'hépatothérapie. Discussion de son autonomie.

Splénomégalie avec infarctus géant de la rate et thrombose des artères spléniques, les veines étant intactes. — MM. Paul Chevallier, J. Michaux, de Gaudart d'Allaines et G. Bilski-Pasquier relatent ce cas tout à fait exceptionnel, remarquable par l'importance de la thrombose artérielle et l'intégrité absolue des veines.

Diffusion d'un myélome localisé par étapes successives. — MM. G. Marchal et L. Mallet présentent les belles radiographies de ce cas où l'extension du myélome put être suivie sur les films successifs.

Un cas de cryptodolymphose. — MM. C. Albahary et V. Borja. Cas de classement difficile à la frontière des aplasies sanguines et des leucoses lymphatiques. Le terme d'odolymphose proposé par P. Chevallier paraît lui convenir.

Anémie benzolique mortelle chez une femme soumise à une surveillance hématologique régulière. — Mme P. Desoille-Merlhes relate l'observation d'une anémie benzolique mortelle survenue chez une femme dont le sang examiné régulièrement, selon les prescriptions légales, était resté auparavant normal.

Quelques caractères de l'anémie dans l'intoxication saturnine expérimentale. Titrage du facteur antipernicieux par une méthode biologique. De la spécificité d'action du principe antipernicieux. — Mme G. Loureau montre que de l'étude de l'action du facteur antipernicieux sur l'anémie saturnine expérimentale peut être tirée une méthode de dosage de ce facteur. Exposé des premiers résultats et des conclusions qui en découlent.

Un nouveau stigmate d'ictère hémolytique. L'abaissement de l'indice d'haptoglobine. — MM. Paul Chevallier et R. Wolpe. L'attention n'a jusqu'à présent été attirée que sur les élévations de l'haptoglobine. L'abaissement de l'haptoglobine a aussi un très grand intérêt et semble fréquemment lié à un processus hémolytique. Le mécanisme du phénomène est discuté par les auteurs.

Réticulose aiguë histiocytaire à localisations médiastinales, cutanées et mammaires. — MM. L. Bethoux, Seigneurin, P. Cazal et A. Fabre.

Variations qu'impose à l'indice d'haptoglobine les variations de l'hémoglobine équine et l'hémolyse des globules humains rouges. — MM. Paul Chevallier et R. Wolpe.

Grande éosinophilie sanguine au cours d'un syndrome de Fernet-Boulland. — MM. P. Giaccordy et P. Tillard.

Les modifications actuelles de la composition globulaire du sang. — MM. J. Bourret, D. Picard, Mlle M Paillard et M. Maillefaud.

Jean Bernard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

25 Mars 1944.

Observation clinique d'embolie pulmonaire. — M. Rousseau.

Le point de vue esthétique de la médecine. — M. Claoué.

Traitement de la colibacillose urinaire. — M. Legrand.

28 Avril.

Sur un cas d'infection puerpérale ayant résisté à la sulfamidothérapie intensive ainsi qu'aux autres thérapeutiques. — MM. Courtois et Beziaud. Le pronostic de l'infection puerpérale a été transformé depuis l'emploi de la sulfamidothérapie massive. Cependant, il existe encore des échecs. Les auteurs ont observé un cas d'infection puerpérale particulièrement sévère qui a succédé à un accouchement normal et dont le début a été très précoce. L'affection a revêtu la forme d'une septicopyohémie avec apparitions successives de 2 phlébites et d'infarctus pulmonaires.
Le traitement très énergique mis en œuvre (transfusions, sérothérapie spécifique, abcès de fixation et surtout sulfamidothérapie intensive) n'a pu enrayer l'évolution fatale.

Séquelle lointaine d'éclampsie. — MM. Courtois et Beziaud rapportent l'observation d'une femme âgée de 37 ans qui fut traitée, en 1938, pour crise d'éclampsie. Revue à plusieurs reprises depuis cette date, elle présente actuellement, après 6 ans, une glomérulo-néphrite d'origine éclamptique. Les auteurs pensent qu'il faut tenir le plus grand compte des séquelles rénales lointaines dans le pronostic de l'éclampsie.

Traitement accéléré des syphilis actives par un dérivé de la phényldichlorarsine. — M. L. Marceron. Réflexions sur 49 cas de syphilis primo-secondaire traités par un arsenoxy préparé extemporanément par alcalinisation d'une chlorarsine. Élimination rapide. Possibilité de doses élevées. Action thérapeutique rapide. Exposé des incidents. Étude de leur évolution en « flambée ». Utilité de la méthode dans le « blanchiment » accéléré des prostituées.

Considérations sur le diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes. — M. Nemours-Auguste.

Addendum à la séance du 25 Février 1944.

Pleurésie purulente métapneumococcique (suite de grippe) définitivement guérie par sulfamides, 2 ponctions dont la dernière fut suivie d'un lavage de plèvre avec solution à 1/200 de silénan dans du sérum physiologique. — M. Marcel Renaud.

A. Bécart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

13 Mars 1944.

Intoxication mortelle par injections de laudanum chez une toxicomane. — MM. Duvoir, Ch. Paul, L. Dérobert et L. Truffert ont observé, chez une ancienne héroïnomane qui, par manque de drogue, se faisait des injections de laudanum, des phénomènes d'œdème aigu avec coma, suivis de mort rapide. A l'autopsie : hépatite chronique, sclérose splénique, endocardite.

— M. Laignel-Lavastine rappelle qu'il a signalé l'apparition d'escarres cutanées aux points d'injection de laudanum.

Intoxication aiguë mortelle par ingestion de laudanum. — MM. Duvoir, Ch. Paul et L. Dérobert chez un sujet pléthorique, en état d'ivresse éthylique et qui avait absorbé 10 g. de laudanum, ont vu survenir une mort rapide au milieu de phénomènes d'excitation psychique.

Intoxications arsenicales professionnelles en agriculture. — M. Chambon indique que l'usage massif des arseniates plombiques et calciques a provoqué de nombreuses intoxications ; à la lumière de nouveaux exemples il souligne l'importance de cette question au point de vue de la protection de la santé publique et demande qu'une réglementation efficace soit observée.

Assurances sociales et maladies professionnelles. — M. Tara rappelle que les conditions d'application de la loi de 1919 font que les Assurances sociales prennent en charge un nombre considérable de maladies d'origine professionnelle. Cet état de fait n'est pas dans l'intérêt du malade car la loi de 1919 indemnise plus largement. Des mesures générales s'imposent : instruction du personnel et des médecins d'assurances sociales, organisation de statistiques, propagande, examens systématiques de dépistage et peut-être prise en charge par les caisses d'Assurances sociales de toutes les maladies professionnelles, puisque la loi de 1919 est strictement limitative.

Intoxication criminelle d'animaux domestiques par la strychnine. — M. Salgues.

Nodules calcaires de la rate. — M. Breitel.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

13 Mars 1944.

Techniques morbides. Exemples empruntés à des travaux féminins spontanés. — MM. J. Vie et R. Suttel. La psychose crée des altérations des techniques normales ou fait apparaître des techniques inhabituelles avec innovations résidant dans l'instrument, la matière ou le procédé employés.

Epilepsie infantile à manifestations périodiques pycnoleptiques. Évolution démentielle progressive. Sclérose méningo-corticale et tubercules cérébraux multiples. (Préparations histo-pathologiques.) — MM. L. Marchand et M. Brissot. Enfant qui, de 9 à 15 ans, présente une épilepsie à manifestations périodiques (accidents très courts avec convulsions prédominantes dans le bras et la face droite). Leur fréquence et leur brièveté pourraient les rapprocher de la pycnolepsie. Décès par granulie à évolution rapide. Anatomiquement, sclérose méningo-corticale et tubercules disséminés dans l'écorce cérébrale.

Discordances passagères entre les résultats du L. C.-R. et du liquide ventriculaire chez un paralytique général. — MM. H.-M. Gallot, J.-F. Buvat et P. Desclaux. Malade atteint de troubles progressifs évoquant la paralysie générale. Hyperalbuminorrachie isolée. A la ventriculographie, pas de tumeur, mais formule de paralysie générale, typique dans le liquide ventriculaire. Lors d'une seconde ponction lombaire, un mois plus tard, le liquide présentait des réactions positives.

Influence des régimes carencés sur le squelette et les articulations chez nos psychopathes. — MM. P.-A. Chatagnon et J. Mabon. Pourcentages croissants des fractures et manifestations ostéo-articulaires chez les psychopathes carencés. Importance des régimes alimentaires insuffisants et carencés. Nécessité des équilibres minéraux de l'organisme pour le bon fonctionnement cérébral.

Sur les résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie dans quelques psychoses. — MM. Jean Delay, Paul Neveu et Pierre Desclaux. Paralysie générale avec incohérence verbale rappelant la schizophasie de certains D. P. Atrophie frontale sur les images encéphalographiques et l'électro-encéphalogramme.

Délire paranoïde avec schizaphasie. Atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie gazeuse et par l'électro-encéphalographie. — MM. Jean Delay, P. Neveu et P. Desclaux. Schizophrénie datant de 6 ans. Atrophie importante de la région pariéto-frontale à l'encéphalographie avec suppression des rythmes bioélectriques dans cette zone.

Paraphrénie d'évolution ancienne. Atrophie cérébrale à prédominance frontale révélée, par l'encéphalographie. — MM. J. Delay, P. Neveu et P. Desclaux. Femme atteinte depuis plus de 25 ans de psychose hallucinatoire chronique avec délire fantastique, avec, à l'encéphalographie gazeuse et l'électro-encéphalographie, atrophie importante à prédominance frontale gauche.

Syndrome maniaque. Inversion de l'état thymique par l'encéphalographie gazeuse. Atrophie préfrontale révélée par les pneumo-encéphalogrammes. — MM. Jean Delay, P. Neveu, R. Leulier et P. Desclaux. Apparition chez une maniaque, après encéphalographie, d'un état mixte avec hyperthymie douloureuse succédant à l'hyperthymie euphorique. Les clichés montrent une atrophie pré-frontale confirmée par l'électro-encéphalogramme.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

15 Février 1944.

Myélose aplasique avec infantilisme et malformations (syndrome de Fanconi). — MM. Heuyer, Hurez et Mlle Dauphin rapportent l'observation d'un enfant de 10 ans présentant une myélose aplasique (anémie hyperchrome intense, leucopénie accusée et granulopénie extrême, diminution des plaquettes sanguines et troubles de la crase sanguine) associée aux autres éléments d'un syndrome très rare, en général familial, presque toujours fatal, décrit par Fanconi : infantilisme, ectopie et atrophie testiculaires, pigmentation cutanée, malformation congénitale des pouces qui ne sont pas opposables.
Les transfusions sanguines ont amené une amélioration relative du syndrome clinique et hématique, mais n'ont qu'une action supplétive de recharge globulaire dont l'effet est passager. Les auteurs essayent chez l'enfant l'opothérapie orchitique qui, dans un cas de P.-E. Weil, avait amené la guérison.

Sclérodermie post-scarlatineuse. — M. Cathala présente l'observation d'un garçon de 15 ans, qui a contracté en colonie de vacances à Mégève une scarlatine qui a évolué normalement.
Sorti de l'hôpital guéri en apparence, il présenta au bout de peu de temps des signes de sclérodermie évidente au niveau du visage, de la poitrine, du cou.
Traitement par les extraits thyroïdiens en infiltrations ganglionnaires.

— M. Janet a vu un cas analogue, qu'il a baptisé sclerœdème ; c'était un cas post-infectieux.

Hydarthrose syphilitique du genou, bilatérale et fébrile. — MM. Robert Clément, A. Combes-Hamelle, A. Cornet et L. Callerot. Chez un garçon de 10 ans, une arthrite hydarthrosique subaiguë et fébrile des 2 genoux a pu être rattachée à la syphilis congénitale, en raison du caractère positif des réactions sérologiques dans le sang et dans le liquide articulaire (B.-W., Kahn, Vernes-Péréthynol A : 114, Péréthynol B : 133) et de l'efficacité du traitement spécifique opposée à l'échec du salicylate de soude.
La nature tuberculeuse pouvait être discutée à cause d'une cuti-réaction à la tuberculine positive, du Vernes-résorcine (32) et de la sédimentation globulaire élevée, mais la simultanéité de la fièvre et des phénomènes articulaires, l'absence de lésions évolutives sur la radiographie du thorax, la rapide guérison par le mercure et le taux élevé de la cholestérolémie ne sont guère en faveur de cette hypothèse.
Cette hydarthrose chaude, rouge, tendue, douloureuse, à liquide riche en polynucléaires et avec fièvre élevée, n'a pas les caractères classiques de l'hydarthrose hérédo-syphilitique ; elle se rapproche de quelques formes rares aiguës et même suppurées qui ont été rapportées.

— M. Lesné pense que cette observation est très importante. L'hydarthrose au cours de la spécificité héréditaire n'est pas une exception. Il en a vu lui-même 2 cas, l'un ancien, l'autre récent.

— M. Ribadeau-Dumas dit que les formes de l'hydarthrose ne sont pas exceptionnelles. Il en a publié, avec Camus, des cas qui ont guéri par le traitement antisyphilitique banal. Il rappelle que M. Marfan en avait beaucoup vu.

— M. Hallé dit que ces cas étaient beaucoup plus fréquents autrefois que maintenant.

— M. Lelong ne nie pas l'existence de la syphilis. Le symptôme important ici c'est la fièvre. Il n'y a pas de preuve de non-tuberculose et la phase de tuberculose des séreuses n'est pas encore éliminée.

— M. Genevrier dit qu'à Berck on a traité souvent les enfants pour la syphilis, mais on a constaté souvent qu'elle existait en association avec la tuberculose. Le traitement antisyphilitique donnait des résultats intéressants, mais certains enfants faisaient de véritables tumeurs du genou.

— M. Janet a observé des hydarthroses syphilitiques assez intéressantes où l'étiologie n'était pas absolument évidente. Le traitement antisyphilitique institué donnait dès la 3e injection une réaction importante prouvant l'origine.

Myatonie congénitale d'Oppenheim chez un enfant de 15 mois, en voie d'amélioration. — M. Hallez. Enfant de 15 mois présentant depuis les premières semaines tous les caractères de cette affection : hypotonie musculaire généralisée, sans paralysie et très lentement régressive, sans aucun déficit psychique ; non familiale et avec électrodiagnostic montrant l'existence de la réaction myatonique classique, diminution quantitative de l'excitabilité électrique sans R. D., sans lenteur de la secousse.
A propos de ce cas, l'auteur pense qu'on ne peut confondre systématiquement la maladie d'Oppenheim et l'amyotrophie chronique familiale de Werdnig Hoffmann comme certains auteurs ont tendance à le faire.

— M. Lelong précise que dans la définition du syndrome d'Oppenheim entre la curabilité. Personnellement il en a suivi 1 cas qui a guéri ; l'enfant s'est tenu assis à 6 ans, il a marché à 9 ans.

— M. Cathala. Il y a des cas d'hypotonie de l'enfance qui ont pu guérir.

— M. Ribadeau-Dumas dit que l'hypotonie se rapproche beaucoup de la myatonie.

— M. Lance a vu 1 cas de luxation congénitale des 2 hanches ; quand l'enfant a commencé à marcher on a constaté des troubles plus étendus et M. Heuyer a fait le diagnostic de myatonie congénitale par l'ionisation transcérébrale.

Le signe de Chvostek à l'âge scolaire. Sa valeur, sa fréquence selon les différents milieux. — M. Gérard Lefebvre (Lille) rattache l'existence du signe de Chvostek à un déséquilibre alimentaire, en particulier du déséquilibre minéral. Il a relevé 20 pour 100 de cas familiaux. Parmi les causes on relève l'alcoolisme avéré des parents.

Enquête sur les œuvres sociales de protection maternelle et infantile en France. Premiers résultats. — Mlle Comby et M. Mande.

Invagination intestinale aiguë du nourrisson à symptomatologie pariétale atypique. — M. Gérard Lefebvre (Lille).

Erratum à la séance du 18 Janvier 1944.

Voici comment doivent être rétablis le titre et le résumé des deux communications faites à cette séance :

Évolution comparée de la morbidité diphtérique chez les vaccinés et chez les non-vaccinés. — M. Robert Rendu (Lyon). A Paris, Lyon, Nancy, Saint-Étienne et Genève, entre 1928 et 1940, la morbidité diphtérique a baissé dans la population d'âge scolaire, soumise à la vaccination. Comme, au même moment, elle a baissé aussi dans la population d'âge non scolaire (série-témoin), cela tend à prouver que cette baisse était due, non à l'action du vaccin, mais au fait que les vaccinations avaient été pratiquées à « marée descendante », c'est-à-dire pendant la décrue de la grande vague épidémique d'entre deux guerres.

Recrudescence de la diphtérie à Paris et vaccination. — M. Robert Rendu (Lyon). Depuis 2 à 3 ans, la diphtérie est en recrudescence à Paris, comme dans le reste de la France et dans la plupart des pays d'Europe. Malgré 1 million d'injections vaccinales faites à Paris depuis une vingtaine d'années, on a vu la morbidité et la mortalité diphtériques parisiennes tripler au cours de ces 3 ou 4 dernières années.

R. Clément.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

9 Décembre 1943.

A propos de la récidive des hernies inguinales opérées. — M. Villard. L'opération de Bassini est parfaite, aussi bien du point de vue anatomique que physiologique. Le taux des récidives est pratiquement négligeable.

A propos de la migration des corps étrangers intra-péritonéaux. — M. Peycelon présente 2 observations de compresses de gaze oubliées après laparotomie. Chaque fois le corps étranger avait pénétré à l'intérieur de la cavité intestinale (1 cas) ou gastrique (1 cas) ne déterminant qu'un minimum de troubles.

Evolution rapide et grave d'un fibrome utérin chez une jeune fille de 19 ans. — MM. Labry et Jeanjean. Le début des signes cliniques remontait à 5 mois à peine. Il s'agissait d'un volumineux fibrome sphacélé et infecté. La myomectomie fut impossible : hystérectomie subtotale. Guérison.

Evolution intra-massétérine d'une récidive d'une tumeur mixte de la parotide. — MM. Santy, Dargent et Charton. Une énucléo-résection avait été pratiquée 9 ans auparavant chez une enfant de 13 ans. Outre la récidive sus-citée, on notait 4 noyaux le long du Sténon. L'intervention menée à bien sous A. L., suivant la technique de Redon, montra 2 noyaux massétérins totalement indépendants de la parotide proprement dite. Guérison opératoire avec régression de la paralysie faciale en quelques jours seulement. Histologiquement il s'agissait d'une tumeur mixte typique. Revenant sur la parotidectomie totale, les auteurs pensent qu'elle n'offre sur l'énucléo-résection que des avantages de quantité, non de qualité. Il n'est pas certain qu'elle soit parfaitement « totale », pas plus qu'elle n'exclut tous les risques de récidive.

A propos du traitement de l'ostéomyélite aiguë. — M. Tavernier rapporte le fruit de son expérience « après essai loyal » des méthodes d'abstention totale et de diaphysectomie systématique. Au début de la maladie, dans les formes très graves, la diaphysectomie est inopérante. De même, après la fin de la période fébrile, elle expose à de fréquentes pseudarthroses. La diaphysectomie est ainsi indiquée, à la fin de la période fébrile, vers le 20e jour, surtout quand existent des lésions étendues et graves et dans les cas où persistent des accidents infectieux. Sur 9 cas, 7 belles reconstructions osseuses, 2 pseudarthroses traitées par greffe, dont 1 restée rebelle. Un cas, enfin, de récidive après consolidation osseuse rapide et normale. L'abstention doit être aujourd'hui érigée en dogme pour le début de la maladie : plâtre et compresses humides chaudes doivent, à la manière de Leveuf, représenter l'essentiel du traitement. On se contentera d'ouvrir les abcès superficiels sans toucher à l'os pour enlever secondairement, au cours du 2e mois, les séquestres bien individualisés. Les formes très graves immédiatement bénéficieront elles aussi de l'abstention ; dans les formes graves persistantes on discutera vers le 20e jour la diaphysectomie ou l'amputation.

16 Décembre.

Résection diaphysaire dans les ostéomyélites aiguës — M. Guilleminet. L'immobilisation plâtrée représente avec l'incision simple d'abcès le traitement de base de l'ostéomyélite aiguë. Après quelque 20 jours d'évolution, la résection diaphysaire peut se discuter dans les ostéomyélites graves, fémorale ou tibiale, compliquées de fracture pathologique ou d'arthrite suppurée du genou. Plus tard encore, vers le 45e jour, quand on craint une ostéomyélite prolongée, quand la simple séquestrotomie paraît insuffisante. 2 cas de pseudarthrose furent traités avec succès par greffe.

Résection diaphysaire dans l'ostéomyélite aiguë. — MM. Labry et Arnulf présentent 2 observations suivies de guérison parfaite.

Syndrome d'hypertonie du sphincter d'Oddi. — MM. Mallet-Guy et R. Jeanjean. Cliniquement, il s'agissait d'un syndrome douloureux dyspeptique intermittent. La cholécystographie révéla une vésicule hypertonique avec cholédoque visible. Intervention : vésicule normale mais hyperpression cholédocienne à la radiomanométrie opératoire. Sphinctérotomie limitée au sphincter duodénal commun. Guérison.

Luxation ancienne et irréductible des mâchoires. — MM. G. Leclerc et C. Girard (Dijon). La luxation, bilatérale, datait de 4 mois. Intervention double; section du ligament latéral externe; méniscectomie, réduction, mais instabilité par aplasie du tubercule zygomatique gauche. Butée par abaissement du zygoma. Guérison. Cette technique originale de butée, dit M. Tavernier, est plus facile, plus élégante, et certainement aussi efficace que celle de Baumgartner-Elbim qui utilise un greffon tibial.

A propos de 60 gastrectomies type Kocher au bouton, pour ulcère. — MM. Roman et Palluel (Saint-Julien-en-Genevois). Il s'agissait presque toujours d'ulcère gastrique (8 duodénaux). 3 morts, 2 par lâchage des sutures. Excellents résultats éloignés avec forte reprise pondérale.

Péritonite par perforation d'un abcès fr id e la paroi thoraco-abdominale droite, d'origine vraisemblablement pottique; dissection de la poche, drainage, guérison. Récidives multiples d'abcès sans qu'on retrouve une origine précise. — M. Chalier.

23 Décembre.

Cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne compliquée d'ictère chronique. — M. Brun (Blois). Femme de 63 ans. Ictère datant de 2 mois; cholédoque monstrueux du volume de 2 pouces. Extraction de volumineux calculs. Anastomose type Finsterer après vérification de la vacuité cholédocienne. Guérison rapide.

Cholédoco-duodénostomie pour lithiase cholédocienne compliquée d'angiocholite. — M. Ballivet (Bourg). Femme de 71 ans. Ablation d'un gros calcul unique. Cholédoco-duodénostomie en 2 plans. Guérison *per primam*.

— M. Mallet-Guy. La cholédoco-duodénostomie vise avant tout, à la simplification des suites immédiates, dans les lithiases graves chez des gens âgés. Elle nécessite un cholédoque libre, de volume suffisant, à parois épaisses.

Trois observations de cholédoco-duodénostomies. — Utilisant une incision trans-rectale droite, M. Desjacques a pratiqué une cholédoco-duodénostomie pour cancer vésiculaire et cholédocien (survie de 16 mois) et 2 cholédoco-duodénostomies pour lithiase grave, cholédoco-duodénostomie associée à une cholécystostomie. Guérison.

Résorption complète spontanée d'un canal entéro-mésentérique fistulisé à l'ombilic à la naissance. — MM. Tavernier et Herbert (Aix).

R. Guillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

29 Février 1944.

Infantilisme type thyroïdien par cranio-pharyngiome intrasellaire. — MM. J. Froment, H. Savet et G. Briand présentent un sujet de 40 ans atteint d'infantilisme typiquement thyroïdien avec abaissement du métabolisme basal et persistance des cartilages de conjugaison.

La radiographie du crâne explique ce syndrome en révélant un élargissement considérable de la selle turcique avec calcifications imposant le diagnostic de cranio-pharyngiome.

Onirisme encéphalitique en imposant pour de simples manifestations pithiatiques. — MM. J. Froment, H. Savet et G. Briand. Encéphalite qui fit en cours d'évolution des phénomènes oniriques avec gesticulations violentes en imposant pour de grandes crises pithiatiques. Diagnostic par une observation prolongée du comportement, par le facies qui resta longtemps immuablement figé et par les caractères de la rigidité dystasique.

Intérêt de la perfusion sanguine dans les syndromes hémorragiques graves; son action hémostatique. — M. L. Révol. Dans 5 cas de syndromes hémorragiques graves (1 hémophilie, 1 hémogénie typique, 1 hémogénie atypique, 1 myélose à plasmocytes, 1 ulcère duodénal hémorragique), l'auteur montre l'intérêt de la perfusion et sa supériorité sur la transfusion simple; elle aurait une action hémostatique plus nette que la simple transfusion.

Traitement des diphtéries malignes par l'hormone cortico-surrénale de synthèse. — MM. P. Sédallian et P. Tournoux. Observations de diphtéries malignes traitées par l'hormone cortico-surrénale de synthèse. Les résultats viennent confirmer ceux de R. Clément, Grenet, Marquezy.

L'hyperglobulie relative des diphtéries malignes. Leur réduction par les extraits cortico-surrénaux. — MM. P. Sédallian et P. Tournoux.

A propos d'une cinquantaine de perfusions sanguines goutte à goutte. — MM. Croizat, Révol et Grenot.

7 Mars.

Néphrite aiguë d'origine amygdalienne traitée avec succès par les sulfamides. — MM. M. Levrat et J. Moinecourt. Observation d'un malade qui, après une première poussée de néphrite aiguë post-angineuse, présenta 2 poussées successives de néphrite évoluant parallèlement à une reprise de l'infection pharyngée. Chaque fois un traitement sulfamidé enraya la poussée évolutive de néphrite. Une amygdalectomie fut alors pratiquée et le malade guérit définitivement.

Deux nouveaux cas de purpura hémorragique avec thrombopénie (pseudo-hémogénie) consécutifs à l'emploi de Sédormid. — MM. L. Révol, P. Moreau et P. Cornut. 2 cas de purpura avec hémorragies multiples consécutifs à l'emploi de Sédormid, dont un survenu sur terrain hémogénique. Les auteurs insistent sur le caractère particulier de cette intolérance qui touche électivement les plaquettes et s'oppose, par sa bénignité, aux accidents habituels de la chimiothérapie. Intégrité de la moelle et des mégacaryocytes.

Intoxication conjugale à type de polynévrite à la suite de l'ingestion d'une huile contenant du triorthocrésylphosphate. — MM. Galy, Simon et Kohler. Evolution lente en 6 mois vers la guérison.

Sténoses des grosses bronches au cours de la tuberculose pulmonaire chronique tertiaire de l'adulte. — MM. Santy, Bérard, Galy, Magnin et Papillon. Radiographies de 5 cas de sténoses bronchiques dont 3 de la bronche se rendant à un lobe supérieur rétracté sous-jacent à une thoracoplastie partielle apicale efficace. Discussion du pronostic et de la thérapeutique, en particulier de l'indication possible de lobectomie supérieure réalisée dans un cas.

Etude anatomique d'un cas de condensation pulmonaire rétractile avec bronchiectasies chez un tuberculeux (pièce de lobectomie). — MM. Santy, Noël, Bérard, Galy et Dumont. Aucune lésion histologiquement tuberculeuse dans le parenchyme ou les bronches. Le lobe rétracté présentait les images histologiques caractéristiques de l'état atélectasique. Thrombose de l'artère bronchique. Discussion des rapports de la sténose et des bronchiectasies sous-jacentes. Les lésions bronchiques dans 3 cas de sténose étaient nettement inflammatoires sans signature histologique tuberculeuse spécifique.

G. Despierres.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

9 Mars 1944.

Appendicite et pancréatite aiguë hémorragique. — MM. L. Coiquaud, Le Mée et A. Coiquaud. Homme de 50 ans, pris après le repas d'une douleur violente périombilicale non calmée par la morphine, sans vomissements, pouls : 56; température : 37°1; facies excellent. Défense épigastrique, de l'hypocondre et flanc droit, douleur provoquée très nette dans la région de Mac Burney et creux épigastrique. 24 heures après le début, incision le long du grand droit fait découvrir une appendicite aiguë et taches de cytostéatonécroses qui conduisent sur une nécrose pancréatique. On fait 2 mg. d'adrénaline, puis 2 mg. chaque jour, pendant 5 jours. Le malade guérit le 25e jour.

Diverticule de la vessie traité par résection endoscopique du col, résultat radiographique. — MM. Duvergey et Dotezac soulignent l'importance de la résection du col et font de la diverticulectomie une opération d'exception. Se basant sur des cystographies avant et 1 an après la résection, ils ont obtenu une régression de volume de la poche et son évacuation complète.

Maladie de Reclus et cancer du sein. — M. Mauge. Une malade de 42 ans présente une tumeur sus-mamelonnaire avec rétraction du mamelon et 2 ganglions dans l'aisselle. Les 2 seins sont atteints de maladie kystique. La tumeur du sein gauche est de consistance élastique et ses contours sont limités. L'opération montre un cancer atypique du sein et des lésions de maladie de Reclus.

L'étude de l'électrocardiogramme en chirurgie. — MM. G. Jeanneney et Goumain montrent l'intérêt que présente pour le chirurgien l'électrocardioscope de M. Pourret, qui permet, au cours de l'opération, de suivre, soit en scopie, soit en graphie, les variations de l'E. C. G. et font part des recherches qu'ils ont l'intention d'entreprendre sur l'étude du cœur en chirurgie.

Perforation de la vésicule biliaire. Cholécystomie. Guérison. — M. J. Poinot. Homme de 50 ans, présentant un tableau de drame abdominal sans température. La laparotomie décèle une perforation lenticulaire de la vésicule biliaire. Cholécystomie. Pas de calculs, présence de colibacilles dans la bile vésiculaire, à l'histologie, petite plaque de gangrène très localisée. Rareté de telles éventualités, le traitement le meilleur reste l'ectomie. Le pronostic est souvent assez grave.

Le service chirurgical protégé de l'hôpital maritime de Cherbourg. — MM. Ch. Renon et G. Waquet. M. Pouyanne, rapporteur. Les auteurs décrivent l'installation chirurgicale protégée qu'ils ont pu aménager et utiliser à diverses reprises à l'hôpital maritime de Cherbourg depuis 1942.

Les locaux utilisent une cave avec alvéoles pour l'hospitalisation et bloc opératoire au milieu de la cave. Chacune des alvéoles possède une sortie et un matériel de secours.

Trois tables d'opération peuvent fonctionner simultanément. La ventilation a été soigneusement réalisée avec installation de secours.

J. Poinot.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE CLERMONT-FERRAND

5 Décembre 1943.

Traitement d'un cas d'asystolie par la thyroïdectomie. Disparition presque totale des troubles circulatoires. — MM. A. Weiss et J. Warter rapportent l'observation d'une malade de 46 ans, atteinte de maladie mitrale. Thyroïdectomisée il y a plus d'un an en raison d'une asystolie grave et persistante, peu améliorée par les tonicardiaques. Depuis l'opération, les signes d'insuffisance cardiaque ont pratiquement disparu et l'arythmie complète a fait place à un rythme normal.

Sur la poliomyélite épidémique. — M. H. Cléret fait un exposé d'ensemble au point de vue épidémiologique, clinique et thérapeutique sur les cas observés dans la région.

— M. Rohmer expose le résultat de son expérience personnelle à Strasbourg et à Clermont.

— M. H. Paillard. L'impression de l'auteur sur l'utilité thérapeutique du sang de convalescent ou le sang d'ancien malade dans la poliomyélite est plutôt favorable. Pour éviter toute ambiguïté dans les désignations, il recommande la terminologie de Pierre Joannen : *sang de convalescent* = sang de poliomyélitique récent; *sang de vétéran* = sang de poliomyélitique ancien. Ces termes s'adressent d'ailleurs à l'hémothérapie pour toutes les maladies infectieuses dans la thérapeutique desquelles on a estimé pouvoir recourir au sang humain.

30 Janvier 1944.

Syphilis fébrile avec rhumatisme articulaire. — MM. H. Paillard, G. Verrier et P. Merle rapportent une observation de rhumatisme polyarticulaire fébrile chez un homme de 50 ans et dans laquelle l'étiologie syphilitique fut soupçonnée en raison d'une importante périostite tibiale. Le traitement spécifique a amené la *chute immédiate* de la température et la disparition des douleurs rhumatismales.

Un cas de dysplasie des disques intervertébraux cervicaux. — MM. J. Depouilly et Thabourin.

C. Bernard-Griffiths et G. Petit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

25 Février 1944.

Sur quelques cas d'aortographie abdominale. — MM. Vandecasteele, Bonte et Desruelles ont pratiqué une série d'aortographies, suivant la méthode de Dos Santos, chez des artéritiques des membres inférieurs. Ils ont obtenu des images fort diverses, allant de l'oblitération totale du carrefour aortique aux oblitérations segmentaires des voies de bifurcations iliaques.

Recherches sur l'élimination des sulfamides. Présentation d'un papier réactif. — M. E. Vanhaecke présente un papier cartonné de pâte de bois acidifié qu'il emploie comme réactif des sulfamides urinaires. Méthode expéditive pour déceler les sulfamides dans l'urine des prostituées ou des malades hospitalisés.

Pneumonie à foyers zonaires symétriques. Présentation de radiographies. — MM. Legrand, Warembourg, Schoepelynck, Graux et Desruelles.

A propos de 7 cas d'agranulocytose. — M. Huriez.

Pneumococcie avec hépatite. Guérison après sulfamidothérapie intense. — MM. Warembourg, Linquette et Souliez.

Résultats éloignés de pneumothorax extrapleureux. — MM. Gernez, Razemon et Garcenot.

A propos de l'infiltration du ganglion cervical supérieur du sympathique. Critique de la technique d'infiltration. Contribution à l'étude des aponévroses cervicales. — MM. Merlen et Dupont.

Influence des exercices physiques sur l'évolution pondérale d'une collectivité d'adultes jeunes. — MM. A. Verhaeghe et J. Berthou.

Le signe de Chovstek à l'âge scolaire; sa fréquence actuelle selon les différents milieux; sa valeur nosologique. Déductions thérapeutiques. — M. Lefebvre Gérard.

A propos d'un cas d'œdème cérébral post-traumatique simulant une méningite aiguë. — MM. P. Swynghedauw, Lainé et Renard.

R. Pierret.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Michèle della Torre. *Tuberculose et sous-alimentation* [Importance de la qualité professionnelle des malades]. (*L'Expansion scientifique française*, 23, rue du Cherche-Midi), Paris, 1944. — Ce travail, inspiré par le docteur Pierre Bourgeois, apporte une intéressante contribution à l'étude, malheureusement plus actuelle que jamais, des rapports de la tuberculose avec l'insuffisance du régime alimentaire auquel est soumise la grande majorité de la population. Il est particulièrement difficile d'éclairer ce problème qui comporte l'étude de cas extrêmement différents les uns des autres et dont les facteurs étiologiques sont, en fait, extrêmement variés. Le travail du docteur Michèle della Torre a le très grand mérite de montrer que la sous-alimentation, quelle que soit son importance, ne peut rendre compte à elle seule de l'augmentation de fréquence et de gravité actuelle de la tuberculose. Le surmenage physique, l'absence de chauffage, les facteurs de dépression morale, les émotions, le dépaysement qui agit par la modification des habitudes, le changement d'alimentation et qui diffuse la contagion, constituent certainement d'importants éléments de l'aggravation actuelle de la tuberculose. La partie dans laquelle l'auteur étudie les rapports de l'accroissement de la tuberculose avec la qualité professionnelle est d'un intérêt tout particulier. Cet ouvrage, cette enquête approfondie, constituent un document capital pour l'étude des conditions sanitaires actuelles.

A. Ravina.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 660.

Un diagnostic lipiodolé

Par Max. Fourestier.

(Paris)

M. Cam., 56 ans, est hospitalisé le 23 Juin 1943. Trois jours auparavant, dès l'examen au dispensaire où le malade s'est rendu à pied, difficilement, on est frappé par le facies infecté du sujet. Le diagnostic paraît certain : pleurésie de la base gauche. La matité postérieure est franche, remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate ; vibrations et murmure vésiculaire sont abolis, on ne note aucun souffle et un examen radiologique rapide confirme apparemment le diagnostic ; l'opacité de la base gauche est manifeste et sa limite supérieure presque horizontale atteint l'extrémité antérieure de la 4e côte.

Le malade nous apprend qu'il a été opéré d'urgence, en Janvier 1943, de hernie inguinale droite, brusquement devenue irréductible. Complication pulmonaire dans les suites opératoires. Un volumineux abcès de la face antérieure de la cuisse, secondaire à une injection septique d'eucalyptine, doit être incisé. Vaste décollement dont la cicatrisation définitive nécessite deux mois et demi pendant lesquels le malade doit garder le lit. Après une courte convalescence, le travail est repris. Sans force, sans appétit, se fatigant au moindre effort, le malade assure n' « être pas bien » depuis la dernière intervention. En Mai, des poussées de température vespérale se précisent et la dyspnée, la toux, un point de côté gauche, font leur apparition. Fin Juin, nous voyons le malade pour la première fois au dispensaire.

Le lendemain de l'hospitalisation, la ponction exploratrice pratiquée en pleine zone de matité, en arrière, ramène un pus bien lié, sans odeur et que l'examen bactériologique montre riche en staphylocoques. Le diagnostic paraît donc évident : pleurésie à staphylocoque. Pour préciser au chirurgien un repère de pleurotomie, nous demandons qu'on injecte 20 cm^3 de lipiodol lourd à 40 pour 100. Deux nouveaux clichés, face et profil, sont tirés et, à notre grand étonnement, nous ne retrouvons pas l'huile opaque à la base de l'hémithorax, à la partie inférieure de l'épanchement pleural purulent, pourtant vérifié par ponction. Le soupçon d'une injection lipiodolée défectueuse ne saurait être retenu. Le lipiodol a bel et bien été injecté à l'endroit même — et par la même aiguille — où fut retiré le pus, en pleine zone de matité, dans le 7e espace intercostal gauche, à 4 travers de doigt de la colonne dorsale. Pourquoi ne le retrouve-t-on pas sur les clichés ?

La fig. 1, que nous reproduisons, représente le thorax du malade après l'injection de lipiodol. Certes, derrière cet épanchement, on ne distingue pas les arcs costaux inférieurs gauches et, à la rigueur, on peut concevoir que malgré le fort pourcentage d'iode (40 pour 100), l'huile opaque soit inapparente par suite de l'importance ou des qualités physiques particulières de cet épanchement. Cette « disparition » du lipiodol est tout de même chose bien curieuse.

Cet épanchement serait donc abondant, et pourtant l'espace de Traube est sonore, il n'y a pas de déviation du médiastin vers la droite. Une autre constatation radiologique mérite d'être soulignée : la limite supérieure de l'épanchement n'est pas oblique en haut et en dehors, mais concave en bas, représentant apparemment une courbe diaphragmatique haut située dans l'hémithorax gauche. Enfin, le malade attire notre attention sur le fait suivant : il se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche, et ces douleurs, localisées à la face antérieure de la cuisse, sont plus intenses dans l'extension de ce membre. Effectivement, en découvrant le malade, on note une psoïtis gauche légère, mais indiscutable, et toute tentative d'extension de la cuisse provoque des douleurs.

Les renseignements complémentaires fournis par cet examen clinique plus minutieux font soupçonner un autre diagnostic, celui de collection suppurée sous-phrénique, et peut-être le lipiodol, qui ne saurait mentir, va-t-il nous aider maintenant. Le cliché de l'abdomen et du bassin (fig. 2) éclaire évidemment le diagnostic. L'huile iodée est collectée en de multiples taches, en nids de pigeon ou en plus larges flaques, dans la fosse iliaque interne, les plus inférieures se projetant sur les branches ischio-pubiennes. La collection purulente doit occuper toute la loge du psoas et refouler en haut le diaphragme surélevé jusqu'à mi-hauteur de l'hémithorax. Cet épanchement purulent à staphylocoques n'est donc pas une pleurésie, mais une collection sous-phrénique apparemment très importante si on en juge par ses limites supérieure et inférieure, indiquées par les taches de lipiodol dans le bassin et la courbe diaphragmatique gauche qui se projette en arrière sur le 7e espace intercostal et en avant atteint la 4e côte. Cet épanchement est probablement un phlegmon périnéphrétique et toute l'histoire clinique se reconstitue aisément.



Fig. 1.



Fig. 2.

Abcès sous-cutané staphylococcique après injection septique d'eucalyptine, persistance de la suppuration pendant deux mois et demi, puis cicatrisation. Le malade reprend son travail, mais se sent toujours fatigué. Pendant plus d'un mois, tableau d'infection latente traduisant la colonisation microbienne dans la région rénale. Finalement, extériorisation thoracique de la suppuration sous-phrénique (toux, dyspnée, point de côté) ; plus tardive et moins nette fut la note lombaire ; néanmoins, la marche de plus en plus difficile et douloureuse, comme la psoïtis indiscutable cliniquement, indiquaient l'irritation du psoas.

L'intervention est pratiquée par M. Chastang, assistant de M. le Prof. Gatellier. Voie d'abord de la loge rénale par une incision oblique postéro-latérale entre la 12e côte et l'épine iliaque postéro-supérieure. Ouverture et drainage d'une énorme collection purulente de plus de 4 litres. La main exploratrice se perd véritablement, aussi bien en haut vers le thorax qu'en bas dans la fosse iliaque. La suppuration était uniquement sous-phrénique, sus, rétro et sous-rénale.

Cinq mois plus tard, il persiste encore une fistulette au niveau de la cicatrice opératoire, et le malade ne s'est pas encore levé. Fin Octobre, un incident aigu est venu traduire l'évolution de la staphylococcie latente, non maîtrisée encore : abcès musculaire du biceps gauche qui nécessita une ouverture chirurgicale.

Certes, le malade, depuis la première intervention, gardait le lit, car la cicatrisation de la plaie opératoire n'était pas complète, mais son état général était florissant. La température était nulle. Néanmoins, la staphylococcie sommeillait puisqu'elle s'est manifestée par une métastase infectante au niveau d'un muscle brachial. Cette observation fait apparaître, une fois de plus, la difficulté de préciser par nos moyens actuels de laboratoire la réalité de l'évolution latente de certaines staphylococcies dont les décharges bactériennes ne peuvent être que difficilement saisies par nos hémocultures qui, dans le cas présent, se sont toutes révélées négatives. Actuellement, la température est à nouveau à 37°, l'état général est toujours excellent, la cicatrisation de l'abcès musculaire du biceps est complète ; en quinze jours, tout est rentré dans l'ordre, seule persiste une fistulette sur la cicatrice lombaire. Dans l'espoir de tarir définitivement toute source d'infection, nous avons entrepris une vaccination active par l'anatoxine staphylococcique.

L'intérêt anatomo-pathologique de notre observation se concentre sur l'origine de cette collection purulente sous-phrénique. Colonisation staphylococcique dans la loge rénale, vrai phlegmon périnéphrétique et psoïtis par simple irritation de la gaine du psoas ? Ou bien processus d'ostéite lombaire staphylococcique, irruption du pus dans la gaine du psoas (comme dans l'abcès pottique), et secondairement inondation de toute la fosse lombaire ? Outre que la radiographie de la colonne dorso-lombaire ne nous a révélé aucune image suspecte, on comprendrait difficilement que la marche ait été possible avec un psoas baignant dans une telle quantité de pus. La première hypothèse est donc vraisemblable.

Mais l'intérêt de cette observation est surtout clinique. Elle illustre curieusement un des principes diagnostiques d'utilisation du lipiodol en pneumologie. Dans toute pleurésie purulente vérifiée par ponction, l'introduction de lipiodol par l'aiguille même qui a permis le diagnostic doit être un véritable acte réflexe. Ce lipiodol, parmi d'autres avantages, offre celui de préciser sur les plans cutanés le bas-fond de la poche et la meilleure voie d'abord pour le chirurgien, si la pleurotomie s'impose. L'injection intra-pleurale de lipiodol est donc l'essentiel du diagnostic de localisation des pleurésies purulentes. Chez notre malade, nous avons eu la surprise de ne pas retrouver l'image lipiodolée sur le cliché thoracique standard, et *ce cas* clinique pourrait justement s'intituler : « A la recherche d'un lipiodol perdu. »

1. Travail des services de MM. le Prof. agrégé Gatellier et P. Brodin, hôpital des Ménages.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Climats de l'homme

> « Aux jours où les lourdes mers du globe encore fumant bouillonnèrent de vie naissante, les premiers vivants de la terre, à peine apparus, commencèrent le premier combat pour l'obscur accroissement qui contenait en puissance l'avenir du génie humain. »
>
> GEORGES CLEMENCEAU
> *in* Préf. « La Mêlée sociale ».

Que l'homme soit pour l'homme tout ensemble un moyen et une fin, nous l'avons découvert au terme d'une longue méditation qui, inaugurée sans doute par Rabelais, Montaigne et le sarcastique Erasme, prolongée par Emmanuel Kant et par Auguste Comte, par Claude Bernard et par Pasteur, aboutit aujourd'hui à cet humanisme essentiel que nous avons récemment tenté de définir[1] et qui s'épanouit en Frédéric Nietzsche autant qu'en Paul Valéry. Une science de l'homme est en voie d'instauration. Et non moins un art de l'homme. Aussi bien voyons-nous sans étonnement, l'une après l'autre, les diverses disciplines de la connaissance glisser aux mêmes conclusions et s'ordonner en fonction de l'homme, autour de l'homme, et pour l'homme même. La biologie et la médecine, presque dans le même temps que la morale et la sociologie, la physique et la logique formelle ont ainsi, et successivement, témoigné en faveur de ce relativisme philosophique dont on peut dire qu'il représente l'apport essentiel de la pensée renaissante à notre moderne recherche des interdépendances intellectuelles, physiologiques, sociales et politiques parmi quoi trouve place et s'organise le monde vivant.

Voici que la géographie, à son tour, tend aux mêmes fins. Déjà l'école française, avec Paul Vidal de la Blache, Charles Flahault et, plus encore, Albert Demangeon et Emmanuel de Martonne n'avait point ignoré l'homme, ni sa dure présence aux promontoires les plus abrupts de notre planète. Elle avait pensé que les montagnes et les mers, les fleuves et les vallées, les arbres et les fruits étaient, sans doute, inégalement distribués à la face du globe et que l'homme n'était parfois que le témoin de cette répartition. Mais s'il n'est point au pouvoir de l'homme de déplacer les montagnes ou d'assécher les océans, la force de l'homme et son industrieux génie se sont constamment employés à tourner l'obstacle apparemment invincible, à tenir compte des monts et des plaines, des fleurs et des fruits pour les utiliser, ce qui est bien une façon, et la meilleure peut-être, de les dominer.

La géographie, depuis tantôt un demi-siècle, et progressivement, s'humanisait en ce sens qu'elle enregistrait le passage de l'homme dans tous les paysages de notre terre. Mais il appartenait à M. Max Sorre de parfaire l'œuvre de Vidal de la Blache et de la systématiser. A cet égard, l'ouvrage qu'il vient de publier[2] et qui fut, ici même, commenté par mon éminent collègue M. Henri Roger[3], fera date. Audacieux dans ses ambitions puisqu'il vise à fonder, en raison et en fait, une discipline presque entièrement nouvelle, prudent dans sa démarche et sage en ses limitations, il dépasse de loin tous les traités de géographie humaine ou de géographie médicale conçus à ce jour ; il constitue, à proprement parler, un discours sur la méthode à suivre pour étudier les rapports de l'homme et de son entourage et une tentative d'application de la dite méthode. Par rapport à celui de ses prédécesseurs, le dessein de M. Max Sorre apparaît plus lointain, sa vue perspective plus vaste et sa quête des interférences plus ferme et plus volontaire. L'humanisme conquérant organise solidement ses positions.

L'homme dans son climat ou, mieux encore, dans ses climats, naturels ou artificiels, sous la pression de l'atmosphère, parmi les rayons lumineux, l'humidité, la sécheresse, le vent et l'électricité, sous des températures susceptibles d'aller du froid arctique à la chaleur équatoriale, que voilà donc un beau sujet d'études, mais qui va se compliquer, s'agrandir et se multiplier quand il sera situé dans l'espace habité, rapproché des influences nosologiques et raciales, confronté avec les divers types de colonisation actuellement connus, qui se compliquera plus encore et s'éclairera enfin quand, de l'homme, nous passerons aux associés de l'homme, à ses associés animaux et végétaux, volontaires ou involontaires, à ses parasites et aux complexes pathogènes qui s'attaquent à lui, à ses animaux domestiques, à ses végétaux.

Nous verrons naître alors, sous nos yeux, une géographie vivante des associations de l'homme, de ses tentatives de domestication et de culture, de son action sur le milieu qui l'environne, cependant que, parallèlement au règne de l'homme, surgiront et se constitueront un certain nombre d'associations antagonistes avec lesquelles nous devrons compter pour la satisfaction de nos besoins énergétiques et alimentaires. De l'espèce sauvage à l'espèce cultivée, les associations de l'homme lutteront pour leur équilibre et pour leur perpétuation. Et, dans ces associations, les parasites — ultravirus, bactéries, protozoaires, champignons, insectes divers — ne seront ni les moins acharnés à se défendre, ni les moins armés pour leur défense. Toutefois, l'homme qui voulut être roi, l'est, en fait, devenu. Un roi souvent débonnaire, mais qui sait composer avec ses sujets, traiter avec ses associés, s'imposer des régimes alimentaires ou autres, tenir compte des conditions dans lesquelles il est appelé à vivre.

Cependant les géographes humanistes vont plus loin encore. Et biologistes et médecins ne liront pas sans plaisir et profit les pages que M. Max Sorre a consacrées à l'existence des complexes pathogènes, à leur description, à leur spécification, à leur spécialisation, à leurs superpositions et à leurs luttes, à leurs victoires et à leurs défaites. La maladie du sommeil, le complexe malarien, l'infection amarile et la peste sont ainsi étudiés par rapport à leurs agents pathogènes et à leurs vecteurs et, naturellement, en fonction de l'homme, d'un homme placé dans des conditions climatiques, atmosphériques déterminées, dans une latitude et à une altitude qui intéressent le géographe autant que le médecin, le philosophe autant que l'historien.

Ainsi, peu à peu, se dresse devant nous le schéma d'une véritable géographie de l'homme, — de l'homme sain comme de l'homme malade, — riche en significations fécondes. Aux pages de cet idéal traité d'anatomie et de pathologie géographiques, chaque maladie trouve et prend place dans une carte, certes, mais tout d'abord dans l'espace habité lui-même, cet espace habité étant de son côté fonction d'une certaine ambiance, d'un certain sol, d'une certaine répartition des eaux douces et des eaux océanes, d'une densité plus ou moins grande des arbres, d'une certaine pression atmosphérique et d'une certaine température.

Mon propos ne saurait être ici de dénombrer les faits qui serviront de substratum aux innumérables idées suggérées par ces notions nouvelles. Mais je voudrais avoir fait deviner, sinon sentir, leur valeur, leur intérêt et leur profondeur. L'homme et son milieu, l'homme dans son milieu, l'homme par son milieu et, parfois, malgré son milieu : vision immense à laquelle ne restent jamais inférieurs les humanistes géographes qui, tout au contraire, manifestent le permanent souci de ne jamais perdre de vue le règne humain, d'en prouver l'ubiquité, de le montrer dans le quotidien exercice de sa souveraineté, parmi ses alliés et ses associés, animaux et végétaux, face à ses ennemis extérieurs et intérieurs. On songe à Taine, mais à un Taine assoupli, plus nuancé. Le milieu, la race, le moment : la géographie humaine reprend volontiers les termes de la vieille trilogie explicative. Mais employé par elle, le vocabulaire tainien se contente de situer l'homme sans le limiter ni le tarir. La différence n'est pas mince. La leçon relativiste a été écoutée. Et entendue. Entre Montesquieu et M. Max Sorre il y eut Auguste Comte et Eugène de Roberty, Lévy-Bruhl et les anthropologues américains, les Clark Wissler et les Robert Lynd.

Et je ne puis m'empêcher de songer qu'il y eut aussi René Quinton, savant incomplet peut-être, mais esprit ample et hardi. Cette géographie humaine, en effet, cette cartographie biologique que M. Max Sorre édifie si fermement, comment ne ramènerait-elle point à nos mémoires les grandes lois de constance que René Quinton se proposa d'établir, et que Rémy de Gourmont, dans un article de la *Revue des idées*, compléta par une quatrième loi, dite « de constance intellectuelle » ? Le milieu dans lequel l'homme est appelé à vivre est essentiellement varié et variable. Il fuit comme une eau torrentielle, se transforme comme un vent d'orage, passe, repasse et disparaît. Et cependant l'homme y maintient ses constantes physiologiques par des artifices divers sur lesquels René Quinton s'est expliqué et qu'éclaire encore la connaissance, chaque jour plus précise, que nous prenons aujourd'hui du rôle joué par les systèmes régulateurs dans l'équilibre de l'organisme humain. Il y a donc une épopée de l'homme, et qui est tout entière faite de l'incroyable ingéniosité que l'homme sut, au cours des millénaires, mettre en œuvre pour survivre aux attaques des milieux adverses.

A cet égard, le mérite de la géographie humaine, ou humaniste, est très exactement d'avoir ouvert notre imagination à l'étude de l'homme considéré comme un organisme réagissant aux excitations extérieures. Action de l'homme sur la nature, mais aussi réaction de l'homme aux provocations de la nature. Est-il besoin de reculer beaucoup dans le temps pour découvrir un homme parasite de la nature, un homme frugivore et presque herbivore, vivant aux dépens de son milieu ? Puis, ce furent d'étonnantes complicités nouées entre l'homme et le monde extérieur ; une adroite, une subtile canalisation de la nature pour le drainage de ses forces vers des fins purement humaines ; et la nature subjuguée, capitulant devant l'homme, quitte à de brusques révoltes aux condensations violentes.

Lamarckiens et darwinistes nous aidèrent, voici quelques décades, à concevoir la profuse, l'aveugle et gaspilleuse puissance de la nature. Et certaines pages de Clemenceau, ses préfaces notamment à *La Mêlée sociale* et au *Grand pan*, évoquèrent, en termes rudes, le combat furieux des éléments, leurs acrobatiques transformations, leur malfaisante, leur sourde indifférence. Hugo de Vries, Morgan, Cuénot lui-même n'ont pas sensiblement modifié le tableau que, depuis le XVIIIe siècle, le monde présente ainsi à notre regard.

Aussi bien l'originalité des Demangeon et des Max Sorre, des Wissler et des Durckheim aura été d'inverser le problème et de nous inviter à considérer le spectacle du point de vue de l'homme, sans qu'aucun finalisme vînt entacher de parti pris leur démonstration, non plus qu'aucun anthropomorphisme.

Car entre cet humanisme vers quoi tendent nos réflexions, nos constatations et nos mesures, et

1. G. ROUSSY : Homme, mesure du monde. *La Presse Médicale*, 6 Mai 1944.
2. Max SORRE : *Les fondements biologiques de la géographie humaine. Essai d'une écologie de l'homme* (Armand Colin, éditeur). Paris, 1943.
3. H. ROGER : La géographie humaine. *La Presse Médicale*, 5 Février 1944.

l'anthropomorphisme qui vicia, si longtemps, l'expérience scientifique et la pensée philosophique, il ne saurait y avoir de commun dénominateur. L'anthropocentrisme de nos pères était né d'une connaissance insuffisante du monde. Il répondait à une inexacte notion des rapports de l'homme et de son milieu. Il introduisait dans le poème de la nature des desseins humains à quoi cette nature ne pouvait qu'être étrangère. Il faussait les plans ou, si l'on préfère, pipait les dés. Rien de semblable dans la pensée humaniste, telle qu'elle s'est formée au creuset critique et relativiste. Considérer le monde avec les yeux d'un homme, c'est être plus modeste que nous ne l'étions quand nous ne balancions pas à en peindre les glorieuses stases aux fresques des temples de toutes les religions. Mais, c'est être plus exact. Et dans tous les cas, l'on n'aperçoit point comment et pourquoi un homme se refuserait à faire usage de ses yeux d'homme, pourquoi et comment il s'efforcerait à déborder ses possibilités pour parler en dieu ou selon Dieu ?

Le spectacle est passionnant que la géographie humaine déroule devant nos yeux. Il est des climats parmi quoi l'homme est appelé à vivre et à se reproduire. La pression atmosphérique et ses variations d'altitude imposent à l'homme un continuel ajustement, tout de même que la température, l'humidité et le régime des vents s'inscrivent entre deux limites d'intolérance. Mais la formation de l'œkoumène (ou espace habité) sera conditionnée elle-même par les tolérances et les intolérances de l'homme, et les divers types de colonisation seront fonction des méthodes que l'homme inventera pour vaincre les difficultés de son acclimatement. C'est donc un monde d'idées générales qui, comme une vapeur, s'élève des études de nos géographes sociologues et biologistes. Il faudrait pouvoir les dénombrer. L'anthropologiste y trouverait son butin et pourrait, par exemple, réfléchir sur les rapports existant entre la polygamie et les civilisations pastorales. Le philosophe y découvrirait à méditer sur la prodigalité de la nature et l'avarice de l'homme. L'historien y verrait se perdre quelques-unes des grandes occasions que l'homme put avoir de modifier sa condition. L'économiste y apprendrait à proportionner la masse des ressources alimentaires à l'accroissement du nombre des humains répandus à la surface de la terre. Le médecin et l'hygiéniste y suivraient le recul des grandes pandémies dans les pays civilisés de tous les continents et se souviendraient du rôle essentiel qu'elles jouèrent alors qu'elles décidaient du sort même des batailles. Quant au géographe, de quelle vérité, de quelle couleur, de quelle vivacité s'animeront ses cartes lorsqu'il les aura dessinées en fonction de l'homme, de ses complices, de ses associés, de ses parasites et de ses serviteurs !

L'homme subit les rigueurs ou les charmes des climats. Mais partout où il transporte ses pénates, il impose du même coup son climat personnel. Car il y a un climat humain, doux et violent, ardent dans la recherche, pitoyable à la misère des corps et des sensibilités, noble dans son effort pour se maintenir à l'altitude spirituelle la plus élevée. Et si la guerre dévaste encore nos pays dits civilisés et tranche aveuglément tant de vies humaines, c'est que l'homme défaille parfois et tombe au-dessous de sa condition, c'est que l'homme primitif tente, en de suprêmes sursauts, de se dresser en face de l'homme de raison. Déjà Erasme et Montaigne nous l'avaient appris : les cultures sont mortelles et les civilisations disparaissent. Mais il n'importe guère, si l'homme parvient à maintenir, avec fermeté et avec fierté, ses constantes morales dans le déchaînement indifférent des forces de la nature.

GUSTAVE ROUSSY.

F. Gidon
(1874-1944)

Fils d'Albert Gidon, professeur d'anatomie et directeur de l'Ecole de Médecine de Caen, F. Gidon, né à Caen le 6 Février 1874, était à 25 ans docteur ès sciences à Caen et docteur en médecine à Paris.

Comprenant avec son intelligence très ouverte l'avenir des rayons X, il se donna, dès 1904, à la radiologie, mais en 1912 une radiodermite des mains l'obligea à lâcher la pratique pour s'adonner à la science pure.

Professeur d'histologie à Caen jusqu'en 1942, il fut en même temps botaniste, entomologiste, géologue et historien. Il avait à la fois l'amour de la collection et le sens de la synthèse. Ses communications à la Société des Antiquaires de Normandie et à l'Académie de Caen, ses livres tels que *Mon bisaïeul philosophe rustique*, ses traductions de l'*Histoire de la médecine*, de Castiglioni, et de l'*Histoire de la biologie*, de Singer, que j'ai préfacée, montrent l'étendue de son activité et aussi un peu de son âme agile et de son cœur caché.

Après une longue rémission, les accidents de radiodermite reprirent leur évolution douloureuse. Une amputation, l'an dernier, n'en arrêta pas le cours.

Saluons en Gidon encore une nouvelle victime médicale des rayons X et présentons à Madame et Mademoiselle Gidon nos confraternelles condoléances.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livres Nouveaux

Traité de chimie industrielle, par PAUL BAUD, 3e édition entièrement refondue, 2 volumes de 1.062 et 1.090 pages (*Masson et Cie*, éditeurs), 1942-1943. — Prix : 920 fr.

Cette nouvelle édition, qui paraît seulement avec quelques mois de retard sur sa date officielle de sortie, est une mise au point complète de toutes les méthodes industrielles de préparation des produits chimiques avec l'exposé succinct de leurs propriétés physiques et chimiques. Si la grande industrie chimique (métalloïdes et métaux et leurs dérivés, produits organiques, parfums, colorants, etc.) occupe une place importante dans cet ouvrage, les produits pharmaceutiques chimiquement définis y sont traités soit à leur place, dans la nomenclature, soit dans des chapitres spéciaux ; il est même spécifié pour la plupart d'entre eux l'action physiologique essentielle.

Ainsi les chimistes, quelle que soit leur spécialité, sont assurés de trouver ici réunies toutes les notions industrielles les plus modernes nécessaires à la bonne marche de la fabrication qui les intéresse. Le lecteur ne peut manquer d'être impressionné par la somme étonnante des documents que M. Paul Baud a rassemblés avec sa maîtrise coutumière. Ce labeur énorme, accompli dans des conditions de vie matérielle et morale peu favorables à un travail de longue haleine, montre bien de quels efforts et de quels succès la France reste capable. L'excellente présentation et la riche illustration de ces deux volumes ne laissent pas soupçonner toutes les difficultés qu'il a fallu vaincre.

Mais le lecteur saura rendre à l'auteur et aux éditeurs l'hommage de gratitude qui leur est bien dû.

RENÉ HAZARD.

L'hôpital français, par HENRI THOILLIER. 1 ouvrage de 279 pages (*Max Brézol*, éditeur, 50, bd Beaumarchais).

Cet ouvrage, particulièrement original, comprend 6 parties. La première est consacrée au malade, hôte de l'hôpital ; la seconde au domaine médico-chirurgical ; la troisième et la quatrième à l'administration hospitalière ; la cinquième, à la construction, à l'aménagement et à l'entretien ; la sixième enfin comprend une mise au point de la question hospitalière à l'heure actuelle et des indications sur son avenir.

L'auteur a réussi à réunir, en moins de 300 pages, toute la documentation technique concernant le fonctionnement des hôpitaux, tel qu'il est actuellement conçu. Rompu à la pratique de l'administration hospitalière, M. H. Thoillier ne fournit pas seulement, dans son livre, une mise au point de l'organisation hospitalière actuelle. Il montre l'importance de l'hôpital dans l'armement sanitaire et social du pays, insiste enfin sur la nécessité d'humaniser au maximum la politique hospitalière.

Le travail de M. H. Thoillier rendra les plus grands services à tous ceux qui s'intéressent, à quelque titre que ce soit, aux questions hospitalières.

A. RAVINA.

Diatbehandlung bei Herzkranken und das Kymogramm, par F. KIENLE. 1 vol. 200 p., 190 fig. (*Th. Steinkopff*), Dresden u. Liepzig, 1943.

Dans ce livre très clair et très clinique, d'un intérêt incontestable pour la pratique cardiologique, F. Kienle étudie simultanément les signes kymographiques de l'insuffisance cardiaque et des troubles de la motilité myocardique, et le traitement de l'insuffisance cardiaque par les méthodes physiodiététiques à l'exclusion de tout toni-cardiaque.

Après une analyse très nuancée des signes kymographiques, de leur interprétation, de leur pathogénie, de leur valeur, F. Kienle en présente une synthèse dans les différentes altérations du muscle cardiaque et montre leur utilité pour la détection des troubles fonctionnels du myocarde. Une étude comparative de la kymographie et de l'électrocardiographie fait ressortir l'avantage de la première de ces méthodes pour suivre les troubles de la contractilité et en suivre pas à pas l'évolution.

La lecture de ce livre d'actualité nous a vivement intéressé et instruit. C'est un guide précieux pour ceux qui s'intéressent à la kymographie et à ses applications à l'étude de la cinétique cardiaque.

RAYMOND HEIM DE BALSAC.

Le Livre Blanc [Formulaire médical 1944]. 1 vol. de 1.310 p. *Editions Henri Perrier*, 3, rue Aubriot, Paris-4e). — Prix : 60 fr. ; envoi par poste contre remboursement : 72 fr.

Revue des thérapeutiques nouvelles. L'approvisionnement actuel des pharmacies. Présentation des spécialités pharmaceutiques solutionnées et classées par maladies, d'après leur composition ou leur mode d'action. Enumération intégrale des spécialités inscrites au Laboratoire national de Contrôle des médicaments avec indications de la catégorie de remboursement par les Assurances sociales. Renseignements sur les stations thermales.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil National

Médecins prisonniers

Depuis sa fondation, la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers du Conseil national a pu satisfaire 325 demandes de livres faites individuellement par des médecins et 10 demandes générales faites par des lazarets de camps.

Il a été envoyé en tout 951 ouvrages, dont quelques-uns comportant plusieurs tomes, représentant une somme de 130.926 fr. qui a été entièrement couverte par les dons généreux parvenus à la Commission.

Les envois ont été faits sans étiquettes par l'intermédiaire de la Croix-Rouge française (Section bibliothèque et jeux).

Comité de Coordination

EXTRAIT DE LA CIRCULAIRE N° 28 DU 14 JUIN 1944.

Région Parisienne

Commission consultative régionale hospitalière. — Dans une précédente réunion le Comité de Coordination avait appelé l'attention sur l'opportunité de la réunion d'une Commission consultative tripartite, chargée d'examiner officieusement les propositions qui seront faites par les Commissions administratives hospitalières de la région de Paris, en vue de la fixation des tarifs d'honoraires médicaux pour les malades payants des 3e, 2e et 1re catégories.

La direction de la Santé, reconnaissant tout l'intérêt que pourrait présenter la création d'une telle commission d'études, a décidé de la réunir pour la première fois le jeudi 16 Juin.

Elle est ainsi composée : 2 représentants du Collège de la Seine ; 1 représentant de Seine-et-Marne et 1 de Seine-et-Oise ; 2 représentants de Corps médical des hôpitaux de la Seine (hormis ceux de l'Assistance publique de Paris) ; 1 représentant du Corps médical des hôpitaux de Seine-et-Marne et 1 de Seine-et-Oise ; 1 représentant de chacune des administrations préfectorales des 3 départements ; 1 représentant de l'Union régionale des Caisses d'Assurances sociales ; 1 représentant de l'Union régionale des hôpitaux.

Une statistique sur nos honoraires. — On sait que la loi de finances du 31 Décembre 1941 obligeait les Caisses d'Assurances sociales à déclarer au fisc pour chaque praticien les sommes remboursées à leur affiliés au titre des honoraries.

Les Caisses d'Assurances sociales avaient d'abord cherché à éluder cette obligation, mais, à partir du 1er Janvier 1943, elles ont été mises en demeure de procéder au relevé de ces honoraires, calculés bien entendu sur la base du tarif de responsabilité.

Voici, pour la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, le résultat statistique de ses investigations pour l'année 1943 à l'endroit des médecins, chirurgiens et spécialistes à l'exclusion des stomatologistes, chirurgiens dentistes et des sages-femmes.

De sérieuses réserves peuvent certes être faites sur l'exactitude des sommes portées au compte de chaque praticien. Dans leur ensemble, néanmoins, les chiffres ci-dessous peuvent être considérés comme donnant un reflet approximativement exact de la situation.

— Nombre de médecins qui, en 1943, ont soigné des assurés sociaux de la Caisse interdépartementale. — *Seine :* 3.922, soit environ 75 pour 100 des médecins inscrits au tableau n° 1 ; *Seine-et-Oise :* 727, soit la presque totalité des médecins inscrits au tableau n° 1.

— Total des honoraires versés en 1943 par la Caisse et calculés sur la base de tarif de responsabilité. — *Seine :* 70 millions, soit une moyenne de 15.375 fr. par médecin ; *Seine-et-Oise :* 19 millions, soit une moyenne de 26.951 fr. par médecin.

Comme les affiliés à la Caisse interdépartementale représentent environ 55 pour 100 du nombre total des assurés, on peut donc en déduire que la moyenne des honoraires remboursés aux malades par l'ensemble des Caisses de la Seine et de la Seine-et-Oise se monte à environ 24.000 fr. par praticien dans la Seine et à 42.000 fr. dans la Seine-et-Oise.

Si l'on entre dans les détails, on observe que dans la Seine les remboursements d'honoraires effectués par la Caisse interdépartementale ont été inférieurs à 1.000 fr. pour 504 praticiens. Pour les sommes supérieures à 1.000 fr., le nombre des praticiens s'élève à :

942	de	1.000	à	5.000	fr.
857	de	5.000	à	10.000	fr.
567	de	10.000	à	20.000	fr.
708	de	20.000	à	50.000	fr.
284	de	50.000	à	100.000	fr.
56	de	100.000	à	200.000	fr.

Enfin pour 4 médecins les remboursements ont été supérieurs à 200.000 fr.

Pour le département de Seine-et-Oise les praticiens se répartissent ainsi :

Moins de 1.000 fr.	48
De 1.000 à 5.000 fr.	84
De 5.000 à 10.000 fr.	85
De 10.000 à 20.000 fr.	153
De 20.000 à 50.000 fr.	252
De 50.000 à 100.000 fr.	100
De 100.000 à 200.000 fr.	15

Conseil Régional de Paris

Activité du Conseil régional de la région de Paris. — Présidé par le docteur Humbel, assisté de M. Rousselet, conseiller à la Cour d'Appel de Paris, le Conseil régional s'est réuni 9 fois depuis le 31 Octobre 1943 (séance inaugurale).

Après enquête et sur remise de dossiers complets, il fut prononcé :

346 inscriptions pour la Seine; 68 pour la Seine-et-Oise; 10 pour la Seine-et-Marne.

En outre, le Conseil a refusé d'inscrire 2 médecins (1 médecin interdit; 1 médecin ne remplissant pas les conditions de moralité voulue).

— Pour les sections dentaires il fut prononcé :

132 inscriptions pour la Seine; 12 pour la Seine-et-Oise; 11 pour la Seine-et-Marne.

Le Conseil a jugé nécessaire de refuser 2 inscriptions au tableau annexe :

1° Un chirurgien dentiste alsacien-lorrain ayant fait ses études d'apprentissage en Sarre et ne possédant aucun diplôme français; 2° un chirurgien dentiste qui ne possédait pas les conditions de moralité voulue.

Affaires disciplinaires. — Le Conseil régional a été saisi de 19 plaintes dont :

9 émanant des Caisses d'Assurances sociales pour : Abus d'actes médicaux; Abus de tarification, ceux-ci ayant pour but de favoriser les assurés en leur accordant des indemnités journalières plus nombreuses; 2 émanant de particuliers ; 1 émanant des Autorités d'occupation; 2 pour publicité; 6 au sujet d'étude de dossier sur la moralité des intéressés.

Le Conseil a cru opportun d'infliger des sanctions qui vont de l'avertissement en Chambre du Conseil à une suspension des soins aux assurés sociaux pour une période de 1 an; dans un cas plus grave il a été appelé à condamner un médecin à une suspension de droit d'exercer la médecine pour 6 mois.

Le Conseil régional souhaite d'autre part voir apporter plusieurs modifications à la loi, et en a référé au Conseil national pour lui demander d'intervenir. Il est désirable que les Conseils régionaux obtiennent *sur leur demande* la remise du bulletin n° 2 des extraits des casiers judiciaires, il est souhaitable qu'on leur communique également les enquêtes de police ouvertes contre certains praticiens.

Pour le secrétaire général,
Le secrétaire administratif : P. Coquin.

Conseil Régional de Limoges

Par arrêté du 31 Mai 1944, les Conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont modifiés ainsi qu'il suit :

Région de Limoges.

Président : M. Raymond, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, en remplacement de M. Filhoulaud.

Hommage au Professeur C. LEVADITI

A l'occasion de la commémoration du 25e anniversaire, en Mai 1945, de la découverte de la bismuthothérapie, les amis, les collaborateurs, les élèves et les admirateurs du Prof. C. Levaditi ont projeté de lui offrir une médaille en hommage de son activité scientifique et de sa contribution à la cure de la syphilis. L'exécution de cette médaille a été confiée au graveur Lavrillier.

Une souscription de 200 francs, au minimum, donnera droit à un exemplaire de la médaille en bronze.

Souscriptions reçues par M. G. Masson, trésorier, 120, boul. Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P. 599 Paris).

Agrégation des Facultés de Médecine

Par arrêté du 6 Juin 1944 paru au *J. O.*, 6 Mai 1944 : La section 8 (médecine générale) comportera les options suivantes :

a) Médecine générale; *b)* Anatomie pathologique; *c)* Bactériologie; *d)* Médecine légale; *e)* Dermato-syphiligraphie.

ANALYSE DES ÉCHANTILLONS de substances médicamenteuses

Par arrêté du 1er Juin 1944, les laboratoires de l'Académie de médecine de Paris et les laboratoires de contrôle pharmacologique de la Faculté de médecine de Paris peuvent être chargés, au même titre que le Laboratoire national de contrôle des médicaments, de l'analyse des échantillons de substances médicamenteuses, hygiéniques ou toxiques, prélevées par les inspecteurs des services d'inspection des pharmacies.

Le service de contrôle des médicaments antisyphilitiques des laboratoires de l'Académie de médecine est chargé des analyses concernant les médicaments antivénériens dans les limites établies par la convention du 4 Mai 1944 entre le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et le président de l'Académie de médecine.

Le laboratoire central de l'Académie de médecine de Paris est chargé des analyses concernant les substances médicamenteuses injectables d'origine non définie chimiquement dans les limites établies par la convention précitée.

Le laboratoire de contrôle pharmacologique de la Faculté de médecine de Paris est chargé des analyses concernant les médicaments nécessitant un contrôle physiologique spécialisé dans les limites de la convention du 4 Mai 1944 entre le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille et le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Les dispositions du présent arrêté prendront leur effet à la date du 1er Juin 1944. (*J. O.*, 13 Juin 1944.)

Réorganisation des études médicales

Examens de 3e et 5e année

Par décret n° 1583 *du* 10 *Juin* 1944 portant dérogation à l'article 28 du décret du 6 Mars 1934 :

Art. 1er. — *L'examen correspondant à la 3e année* de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles préparatoires de médecine devant un jury délégué par la Faculté ou l'école de plein exercice de rattachement et présidé par un professeur de Faculté de médecine.

Art. 2. — *L'examen correspondant à la 5e année* de médecine pourra être subi pour les sessions de 1944 au siège des écoles de plein exercice de médecine devant un jury délégué par la Faculté de rattachement. (*J. O.*, 21 Juin 1944.)

***

Enseignement préparatoire

Par décret n° 1581 *du* 10 *Juin* 1944, l'article 5 (3e paragraphe) du décret n° 568 du 16 Mars 1943 est modifié comme suit :

« Les épreuves écrites, qui seront anonymes, auront lieu simultanément devant toutes les facultés et l'école de plein exercice de médecine de Nantes, au jour fixé par le ministre, qui en arrête les sujets. »

— L'article 6 du décret du 16 Mars 1943 susvisé, modifié par le décret du 29 Avril 1944, est modifié comme suit :

« Dans chaque faculté de médecine le jury est composé de 3 professeurs ou agrégés de cette même Faculté de médecine et de 2 professeurs ou maîtres de conférences de la Faculté des sciences appartenant à la même Université que ladite Faculté de médecine ou à une Université différente.

« Le jury de l'école de plein exercice de médecine de Nantes est composé d'un professeur de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, de 2 professeurs ou professeurs suppléants de l'école et de 2 professeurs ou maîtres de conférences de la Faculté des sciences de l'Université de Rennes.

« Le président du jury doit être professeur de Faculté de médecine.

« Quand le nombre des candidats l'exigera, le jury pourra comprendre des membres supplémentaires par décision du recteur prise sur la proposition du doyen ou du directeur de l'école de Nantes. Ces membres supplémentaires pourront être choisis parmi les chefs de travaux pratiques et, à défaut, parmi les assistants titulaires de Faculté de médecine. »

(Le reste sans changement.)

Pour les étudiants d'Angers et de Tours.

Par décret n° 1582 *du* 10 *Juin* 1944 portant dérogation à l'article 1er du décret du 23 Octobre 1943 :

Art. 1er. — Les candidats ayant suivi l'enseignement préparatoire aux études médicales à *l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers et à l'Ecole de plein exercice de Tours* subiront en 1944 l'examen devant un jury de la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux. (*J. O.*, 21 Juin 1944.)

***

Immatriculation ou inscription DE CERTAINES CATÉGORIES D'ÉTUDIANTS

Les prisonniers de guerre en captivité et les travailleurs volontaires ou requis résidant depuis 6 mois au moins hors de France pour accomplir leur service du travail sont dispensés de l'obligation de se présenter personnellement en vue de leur immatriculation ou de leur inscription à une faculté. Ils pourront être immatriculés ou inscrits provisoirement soit par correspondance, soit par l'intermédiaire d'une personne qu'ils désigneront, à condition de fournir les pièces normalement exigées ainsi qu'une attestation certifiant leur qualité de prisonnier ou de travailleur et la durée de leur séjour hors de France, délivrée, pour les prisonniers, par l'homme de confiance du camp, et, pour les travailleurs, par le délégué régional du commissariat d'action sociale pour les Français travaillant en Allemagne.

L'immatriculation ou l'inscription provisoire confèrent les mêmes droits que l'immatriculation ou l'inscription effectuée dans les conditions ordinaires.

Cet avantage n'est accordé que pendant la durée de la captivité des prisonniers de guerre ou du séjour hors de France des travailleurs et pendant les 6 mois qui suivent leur libération et leur retour définitif en France. Avant l'expiration de ce délai, l'intéressé devra se présenter au secrétariat de la Faculté pour faire régulariser son immatriculation ou son inscription.

(*Décret* 1584, 10 Juin 1944, *J. O.*, 22 Juin 1944.)

Enseignement de la puériculture

Aux termes d'une loi n° 203 du 9 Mai 1944, qui vient de paraître au *J. O.* du 15 Juin 1944, il est créé :

1° *Un diplôme de monitrice de puériculture* destiné à des candidates déjà pourvues d'un diplôme d'infirmière hospitalière, d'assistante sociale, de monitrice d'enseignement ménager familial ou du diplôme de sage-femme délivré en application de la loi du 5 Août 1916;

2° *Un certificat d'auxiliaire de puériculture.*

Le diplôme et le certificat sont délivrés par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Les candidates au diplôme et au certificat doivent accomplir leur scolarité dans une école de puériculture autorisée. Un conseil de perfectionnement des écoles de puériculture est constitué pour la surveillance desdites écoles. Il donne également son avis sur toutes les questions concernant l'enseignement.

La direction et l'inspection technique des crèches, des pouponnières ou de tous autres établissements ou services publics ou privés affectés à la première enfance, réserve faite des emplois occupés par des docteurs en médecine, doivent être confiées, par priorité, aux titulaires du diplôme de puériculture institué par cette loi. (*J. O.*, 15 Juin 1944.)

LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

Création du Comité départemental de lutte antivénérienne

Il est créé dans le département de la Seine un Comité départemental de lutte antivénérienne qui conseillera l'Administration sur toutes les questions concernant l'organisation de la lutte antivénérienne dans le département.

Parmi les membres désignés pour faire partie de ce Comité, sous la présidence de M. le Préfet de la Seine, nous relevons les noms suivants :

Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance ou son représentant; le directeur général de l'Assistance publique ou son représentant ; le directeur de l'Office public d'hygiène sociale ; le directeur de l'Institut national d'hygiène ou son représentant ; MM. Milian, représentant le Conseil de l'Ordre des médecins; Gougerot, professeur (Paris) ; Fey, chirurgien des hôpitaux ; Sézary, professeur, médecin des hôpitaux ; Degos, médecin des hôpitaux, consultant régional de vénérologie ; Demonchy, directeur de la Ligue de préservation sociale ; Périn, médecin-chef du service de Salubrité à la Préfecture de Police; A. Vernes, directeur de l'Institut prophylactique ; et M. Viborel, directeur du Centre régional d'éducation sanitaire.

***

Création de la Commission médicale consultative

Il est créé auprès du Comité départemental de lutte antivénérienne une Commission médicale consultative dont la composition est fixée comme suit :

a) *Membres de droit :* Les médecins spécialisés en dermatovénérologie, membres du Comité départemental de lutte contre les maladies vénériennes : MM. Gougerot, B. Fey, Sézary, Degos, Demonchy, L. Périn, A. Vernes ; le directeur de l'Institut national d'hygiène ou son représentant ; M. Milian, représentant du Collège départemental de l'Ordre des médecins ; M. Hazemann, médecin-chef du Service médico-social de l'Office public d'hygiène sociale ; M. Spillmann, médecin-inspecteur de la Santé de la Seine.

b) 10 *membres nommés en raison de leurs titres :* les docteurs Durel, médecin de Saint-Lazare; Georges Garnier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis; Gouverneur, chirurgien des hôpitaux; Jausion, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-chef directeur des laboratoires de l'hôpital franco-musulman ; Paul Lefèvre, médecin-chef de dispensaire antivénérien ; Etienne Lortat-Jacob, chef de clinique ; Michon, chirurgien des hôpitaux ; Rabut, médecin de Saint-Lazare ; Touraine, médecin des hôpitaux ; Weissenbach, médecin des hôpitaux.

(*Bull. mun. off. Paris,* 19-20 Juin 1944.)

Régimes des malades

En raison des difficultés actuelles d'approvisionnement dans le département de la Seine, de nouvelles modifications seront apportées pour Juillet à la composition de certains régimes.

Régime II : Les bénéficiaires toucheront 1 kg. de sucre supplémentaire en remplacement des 6 kg. de pommes de terre.

Régime de suralimentation : Les bénéficiaires toucheront 200 g. de matières grasses et 1 kg. de sucre, en remplacement des 900 g. de viande, 300 g. de matières grasses et 375 g. de sucre précédemment attribués pour un mois.

Commission supérieure de révision des pensions

Un décret n° 1336 *du* 22 *Mai* 1944 nomme 6 membres suppléants de la Commission supérieure de revision des pensions : MM. les docteurs Launay, Faure-Beaulieu, Chevrier, Claude, Mouchet, Picot, désignés par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

(*J. O.*, 14 Juin 1944.)

COMITÉ D'ORGANISATION des Maisons de santé privées

Par arrêté du 20 *Juin* 1944, MM. les Drs Paul Piollet et Victor Lefranc ont été nommés membres du Comité d'Organisation, en remplacement de MM. les Drs Courjon et Tobé, démissionnaires.

***

Un arrêté du 3 *Mai* 1944 maintient pour 1944 le taux des cotisations fixé pour 1943.

CERTIFICAT D'APTITUDE à la profession de pédicure

Par arrêté du 30 Mai 1944, sont nommés membres de la *section permanente du Conseil de perfectionnement* des écoles préparant au certificat d'aptitude à la profession de pédicure :

MM. les docteurs Charry (Paris); Ducroquet (Paris); Allet (Paris) ainsi que MM. Faltout et Ledos, pédicures à Paris.

(*J. O.*, 14 Juin 1944.)

Université de Paris

Faculté de Médecine. — Nomination. — Par arrêté en date du 23 Mai 1944 et en application des décrets du 1er Août 1937 et du 8 Mai 1944, M. Henri Vignes, agrégé, chargé de cours de clinique annexe à titre permanent, est nommé professeur titulaire à titre personnel à la Faculté de Médecine de Paris à compter du 1er Janvier 1944 (emploi créé).

Création de chaire à la Faculté des Sciences. — Une loi n° 200 du 29 Avril 1944, publiée au *J. O.* du 16 Juin 1944, porte *création à la Faculté des Sciences d'une chaire d'applications physiques et chimiques des rayons X et de l'analyse électronique.*

Universités de Province

Faculté de Médecine de Nancy. — M. MELNOTTE, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire à compter du 1er Janvier 1944.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. BALANSARD, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire à dater du 1er Janvier 1944.

Ecole de Médecine d'Angers. — M. METZGER, directeur de l'Ecole et professeur d'anatomie descriptive, est placé dans la position prévue par l'article 1er de la loi du 17 juillet 1940, à compter du 15 Mai 1944. Il bénéficiera, en conséquence, des dispositions de l'article 2 de ladite loi.

M. Metzger est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 15 Août 1944.



Inspection de la Santé

Inspecteurs généraux. — *Un décret du* 25 *Mai* 1944 modifie le décret du 1er Octobre 1943 relatif au cadre des inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance.

Ce cadre comprend désormais 8 emplois d'inspecteurs régionaux, sans distinction de classe (au lieu de 5) ; 4 inspecteurs généraux doivent être docteurs en médecine (au lieu de 3), dont 3 (au lieu de 2) doivent être recrutés soit parmi les médecins inspecteurs de la Santé, soit parmi les médecins-chefs ou médecins-directeurs des hôpitaux psychiatriques ou des sanatoriums publics ; les 4 autres sont recrutés parmi les inspecteurs des Services de l'Assistance (au lieu de 2).

*
**

— M. SADDIER, médecin inspecteur de la Santé du Tarn, a été affecté en la même qualité dans le département du *Lot*.

— M. Jean-François MARTINET a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé des *Hautes-Pyrénées*.

SANATORIUMS PUBLICS

Section de brides. — Par arrêté du 28 Avril 1944, il pourra être alloué aux médecins et médecins adjoints des sanatoriums publics habilités à pratiquer les sections de brides dans ces établissements, une indemnité forfaitaire de 12.000 fr. par an, qui pourra être portée à 15.000 fr. lorsque le nombre des interventions effectuées dans l'année excédera 30.

La liste des médecins habilités à pratiquer les sections de brides établie par le ministère de la Santé et de la Famille après avis de la section de la tuberculose du Comité permanent d'hygiène sociale paraîtra dans notre prochain numéro.

Ces indemnités seront prélevées sur les fonds de l'établissement et entreront en compte pour le calcul du prix de journée [effet du 1er Janvier 1944]. (*J. O.*, 10 Juin 1944.)

*
**

M. KERVRAN, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été nommé médecin directeur *du sanatorium de la Grolle-Saint-Bernard* (*Charente*) en remplacement de M. PIERRE LANGEARD, mis en disponibilité, sur sa demande, à compter du 10 Mai 1944.

Concours et places vacantes

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS (1 place). M. LUCIEN LEGER a été nommé.

— 3e CONCOURS (1 place). *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Jean Berger, Deniker, Soupault, Bergeret, Seillé, Leveuf, Baumgartner, Fey, Boppe, Charrier. — Médecin : M. Duvoir.

Médecins des Hôpitaux de Paris. — 1er CONCOURS (3 places) : MM. LAPLACE, BROCARD et CH. DEBRAY ont été nommés.

— 2e SÉRIE DES ÉPREUVES D'ADMISSION. *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Clément-Launay, Garcin, L. Ramond, Aubertin, Pierre-Bourgeois, Villaret, Decourt, Tinel, Léchelle, Lambling, René Bénard, Hillemand.

— 2e CONCOURS (3 places) : MM. GROSSIORD, BOLGERT et DOMART ont été nommés.

Electro-Radiologistes des Hôpitaux de Paris. — 1er CONCOURS (2 places) : MM. PROUX et PUYAUBERT ont été nommés.

— 2e CONCOURS (2 places). *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Maingot, Dariaux, Ronneaux, Cottenot, Brunet, Foubert, Devois. — Médecin : M. L. Ramond. — Chirurgien : M. Jean Berger.

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon (1 place). — M. ALBERT TRILLAT a été nommé.

Médecins de l'Assistance médicale à domicile (8 places). — Ont été nommés : MM. DUBOIS, BIDOU, OGLIASTRI, COCHARD, LAMBERT, Mlle CLAVEL, MM. POMES, MINET.

Médecin ophtalmologiste à l'hôpital de Bar-le-Duc. — Un concours sur titres aura lieu à partir du 15 Septembre 1944 pour un poste d'ophtalmologiste de l'hôpital de Bar-le-Duc. Inscriptions à la Direction régionale de la Santé de la Meuse avant le 1er Septembre.

Nouvelles diverses

Le *Comité National de l'Enfance* a organisé le jeudi 29 Juin une Journée d'études consacrée à la question des *Consultations de nourrissons*. Des rapports ont été présentés sur l'Historique de la question, la réglementation à intervenir dans les consultations de nourrissons, les consultations départementales de la Seine et sur leur fonctionnement actuel ; les consultations des grandes œuvres privées de la région parisienne ; les consultations des maternités ; les consultations à la campagne et sur le rôle éducatif des consultations de nourrissons, école des mères et des jeunes filles.

Journées gynécologiques de Dax. — A l'issue du cours de perfectionnement organisé à Bordeaux par le Prof. Jeanneney, deux Journées gynécologiques ont eu lieu à Dax, les 28 et 29 Mai qui groupèrent 200 congressistes.

Le dimanche matin, une messe solennelle à la cathédrale, puis une réception par la municipalité de Dax inaugurèrent les manifestations du Congrès.

De nombreuses et intéressantes conférences retinrent l'attention des auditeurs et les médecins de Dax exposèrent le rôle de la cure hydro-minérale et fangothérapique en gynécologie.

Lundi, un déjeuner offert par la S. I. F. E. D. à l'hôtel Splendid réunit tous les congressistes.

Service médical de nuit. — Il est alloué, à dater du 1er Mai 1944, aux médecins du service médical de nuit appelés à effectuer des visites dans les communes suburbaines du département de la Seine *une indemnité supplémentaire de 70 fr. par nuit.* (*Bull. Mun. off.*, Paris, 14 Juin 1944.)

L'Association des Médecins du département de la Seine a tenu son Assemblée générale le 8 Juin 1944 à la Faculté de Médecine.

Le Bureau pour 1944-1945 a été élu :

Président, M. le Prof. LOEPER ; *vice-présidents*, MM. O. PASTEAU et P. FERNET ; *secrétaire général*, M. JUSTIN-BESANÇON ; *secrétaire général adjoint*, M. P. COLLART ; *trésorier*, M. A. FÈGE ; *trésorier adjoint*, M. R. FASQUELLE ; *archiviste*, M. CH. GRIMBERT.

L'Association qui a distribué cette année 106.650 fr. de secours, a pu également attribuer 6 bourses de 10.000 fr. offertes par les Laboratoires A. Bailly, Debat, Midy, Roussel, Théraplix et Spécia, une bourse de 5.000 fr. offerte par le Laboratoire Mouneyrat, et une bourse de 3.000 fr. offerte par le Laboratoire Couturieux. Elles ont été remises à un confrère âgé, à cinq veuves et deux filles de médecins.

Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme. — Le *J. O.* du 10 Juin 1944 publie un décret et un arrêté du 31 Décembre 1943 fixant les taux des cotisations qui seront versées par les adhérents à ce Comité. (*J. O.*, 10 Juin 1944.)

Colonies familiales d'aliénés. — Le *J. O.* du 8 Juin 1944, publie le règlement modèle des conditions techniques et hygiéniques auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers, il devient applicable aux colonies familiales d'aliénés.

Brevet de masseur médical. — Par rectificatif au *J. O.* du 28 Mai 1944, il est précisé que les centres d'examen en vue de l'obtention du brevet seront ouverts *à Paris*, à Lyon et à Bordeaux.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame JEAN DUVAUX, de Villers-Cotterets (Aisne), sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Alain-Pierre*. (Neuilly, le 23 Avril 1944.)

— Le docteur et Madame ANDRÉ NAHON font part de la naissance de leur fille *Françoise*. (Paris, le 6 Juin 1944.)

Mariage.

— Le docteur ANDRÉ CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, et Madame, font part du mariage de leur fils *Pierre*, interne à l'hôpital Saint-Michel, avec Mademoiselle JACQUELINE DAUBRON, petite-fille du docteur Gilles.

Décès.

— On annonce le décès du docteur LUCIE ABRICOSSOFF, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin inspecteur des Ecoles de la Seine.

— On annonce le décès, à Rouen, du docteur LÉONARD, tué à son poste de secours au bombardement du 31 Mai. Il était le beau-frère du docteur Maurice Nicolle.

— On annonce le décès des docteurs :

A. TRILLAT, de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine, survenu à Carthage (Tunisie) le 2 Avril 1944 ; JEAN DE LAGUERENNE, médecin-chef de la section féminine du sanatorium des Cheminots de Champrosay-Draveil (S.-et-O.), survenu lors du bombardement du 29 Mai ; MAURICE MICHEL, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; EDMOND QUÉNÉE, chirurgien en chef honoraire de l'hôpital de Béthune ; PAUL BERNE (Paris) ; CHARLES LE CONIAT (Paris) ; TROLLEY (Condé-sur-Noireau) ; Mme E. DESVIGNES, femme du Dr Desvignes, de Limoges.

— On annonce la mort du docteur VALERY DELAMARE, de Paris, ancien interne des hôpitaux. Il avait été collaborateur du Prof. Achard et avait, avec ce dernier, poursuivi d'importants travaux sur la glycosurie phloridzique et son application à l'exploration clinique des fonctions rénales.

Avec Garnier, il avait publié un dictionnaire des termes techniques de médecine. Depuis la première édition, parue en 1900, ce dictionnaire a été 13 fois réédité et traduit en plusieurs langues étrangères.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*
Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

École française de stomatologie, 20, passage Dauphine, Paris-6e (Danton 46-90). — La rentrée se fera le 2 Octobre 1944.

Le Docteur Pierre Zizine (Labor. Zizine) met en garde ses confrères contre les agissements d'un individu qui commet actuellement des escroqueries en se faisant passer pour un membre de sa famille et sous des prétextes divers. Le signaler aux services de police le cas échéant.

Chirurgien achète compt. poste chirurgical. Ecr. *P. M.*, 691.

Cherche infirmier psychique, bon. présent., énergique, caractère agréable, pour malade environs Paris. Ecr. *P. M.*, n° 707.

A vendre 2 fauteuils, 1 chaise de bureau, modernes, vert, tr. bon état, conv. à Dr. Tél., de 2 à 4, Dau 07-22.

Chirurgie cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 730.

Fille de Dr, prof. enseign., dessin, collège Etat, st.-dactylo, ch. empl. pendant vacances (Juillet, Août et Sept.) ch. Dr. Tr. sér. réf. Ecr. *P. M.*, n° 739.

Clinique Sud-Est achèterait matériel ameublement clinique. Ecr. *P. M.*, n° 742.

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au cour. termes médic. Ecr. *P. M.*, n° 745.

Sommes acheteurs bascule médicale bon état. Comar et Co. Massy (S.-et-O.).

Important cabinet dentaire à céder à Nice. Riche clientèle, matériel moderne. Ecr. *P. M.*, n° 767.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm., clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Moto. Suis acquéreur d'une 3 ou 4 CV, de préfér. moto-confort à culbuteurs 39 ou 40, tr. bon état. Dr Pecunia, Arc. 16-48.

Suis ach. micro-bactériol. 2 ou 3 ocul., 3 ou 4 object. dont 1 imm. 1/15 platine, mouv. rectang. Ecr. *P. M.*, n° 785.

Jne méd. ch. pl. assistant ch. électro-radiologue en vue prendre succ. ds un temps plus ou m. long. Ecr. *P. M.*, n° 787.

Jne fille, diplôme chimiste, au courant bactériologie, ch. empl. Labo ou industrie à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 791.

Dame seule ch. situat. ch. Dr comme secrét., pourrait dirig. intér. Réf. de Dr. Ecr. Meistre, 16, r. de Marignan, Paris.

Infirmière C. R. F., diplômée puériculture, prendrait enfant 3 semaines à 18 mois. Mlle Dufau-Labeyrie, les Erables, à Montmacq par Thourotte (Oise).

Recherche squelette entier ou demi-squel., articulé ou non, avec crâne, bon état. Dr Lenys, Port-s.-Saône (Haute-Saône).

Pharmaciens sont demandés par import. Labo parisien comme collab. scient. p. Paris. Adres. rét. et curric. vitæ, Office d. Trav., Serv. des Pharm., 21, r. d. Tournelles, Paris. Visa n° 07-878.

A vendre double porte cuir feutré 2 mètres sur 1 m. 20, visible vers 8 h. Teuch, 134, boul. Brune, Paris-14e.

A vendre microscope à immers. Objec. séparés à sec et à imm. ocul. ordin. et compensat., ultramicroscope, ch. claire, polarisat. à nicols. Lampe U. V. Ecr. *P. M.*, n° 800.

Suis acheteur boîte de verres et ophtalmomètre de Javal. Ecr. *P. M.*, n° 801.

A vendre vélomoteur bon état, téléph. portatif automat. modèle P. T. T. Téléphoner Carnot 52-48 aux heures des repas.

Jne chir. anc. interne, ch. poste assistant Midi, Sud-Est. A. Julian, 34, rue Félix-Faure, Cannes.

Infirmière dipl. dem. serv. nuit clin. ou part. Ecr. *P. M.*, n° 804.

A vendre, après décès, 1 lit-condensateur, 1 infra-rouge, 1 milliampère, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 805.

Jne médecin, spécialisé accouch., gynécologie, ferait remplacement Juillet, Août, Septembre. Ecr. *P. M.*, n° 806.

Lic. lettres, sœur confrère, séparée famille, ch. préceptorat demeure prov. calme ou Paris à défaut. Ferait secrétariat au besoin. Exc. réf. Ecr. *P. M.*, n° 807.

Infirmière dipl. dem. serv. de nuit, préf. mater. Ecr. *P. M.*, n° 808.

Etudiant méd. ch. secrét. pr. Dr ou clin. Ecr. *P. M.*, 809.

Médecin réfugié Ouest, céderait son poste radiodiagnostic « Radiolix ». S'adresser Dutrix, 14 av. de l'Observatoire, Paris-6e. Tél. : Dan. 79-96.

A vendre une boîte de verres pour oculiste, grand modèle, forme pupitre à rideau. Ecr. *P. M.*, n° 811.

Infirmière diplômée d'Etat, tr. au courant anesthésie, serait désireuse trouv. empl. aupr. chir. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 812.

Demande squelette humain entier, articulé, grandeur et proportions normales, et le Tome 1er de *l'Ostéologie* de Hovelacque. Dr Albert, à Amplepuis (Rhône).

Fauteuil roulant à vendre, état de neuf. Ecr. *P. M.*, 814.

Ain, pays de Bresse. Poste médic. tr. import., belle instal. médic. av. radio, 1. R., U. V. à reprendre après décès. Ville agréable. Collège. Ecr. *P. M.*, n° 815.

Etudiant, 3e année, 26 a., pratique radio-phtisio, ch. empl. pr. méd. ou clin. pneumo, piqûres, Labo, secrétariat. Ecr. *P. M.*, 816.

A vendre : 1° une lampe de Kromayer, marque Hanau, av. localisateur quartz ; 2° un appareil diathermie Drapier. Ecr. *P. M.*, n° 817

Visiteuse médicale, 13 a. prat. sur Paris, ch. représent. Labo pour Paris. Ecr. Mlle Dauptain, 6, rue Gérando, Paris-9e.

Radiologiste possédant appareillage radiothérapie profonde à grand débit (25 millis) recherche arrangement avec Maison de Santé. Ecr. *P. M.*, n° 819.

AVIS. — *Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.*

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA CHOLÉCYSTOGRAPHIE AVEC SURIMPRÉGNATION TÉTRAIODÉE

(Épreuve fonctionnelle du cholécyste.)

PAR MM.

M. CHIRAY, R. LE CANUET et Ch. DEBRAY

(Paris)

De plus en plus on s'oriente de nos jours vers l'analyse de l'activité physiologique des viscères. Cette étude permet en effet de déceler à une période précoce les perturbations fonctionnelles de tel ou tel organe, alors que les lésions sont encore minimes et souvent réversibles par le traitement. On sait quels remarquables résultats a donné cette méthode des explorations fonctionnelles dans la pathologie rénale. On sait aussi avec quelle patiente ténacité on s'est dans le même ordre d'idées efforcé d'obtenir des tests valables du fonctionnement hépatique.

Pour la vésicule biliaire, en dehors de son rôle de réservoir, deux autres fonctions essentielles méritent d'être explorées, celle du pouvoir de concentration et celle de la contractilité. On étudie la contractilité par l'épreuve de Meltzer-Lyon, et aussi par le repas de Boyden après cholécystographie. La fonction de concentration est précisée, d'une part, par l'analyse de la bile B retirée par tubage et, d'autre part, par la cholécystographie au tétraïode. C'est, en effet, grâce au pouvoir concentrateur de la muqueuse vésiculaire que le cholécyste s'opacifie par le tétraiodophénolphtaléinate de soude déversé avec la bile dans la cavité du réservoir biliaire. Dans cet article, nous désirons envisager seulement ce dernier point en faisant la critique des méthodes d'opacification habituellement employées, et en proposant une technique capable de donner, croyons-nous, une étude plus précise et plus fine de cette fonction de concentration.

***

On n'utilise plus guère aujourd'hui, sauf cas particulier, la cholécystographie par voie intraveineuse, et les deux méthodes les plus employées sont celle de la dose unique et celle des prises fractionnées ou méthode de Sandström.

La méthode de Sandström comporte l'ingestion de 2 ou 3 doses fractionnées prises la veille, ou l'avant-veille et la veille de l'examen, à des intervalles bien choisis. Grâce à des apports successifs de sel opaque, il n'est pas douteux que la qualité des cholécystographies se trouve nettement améliorée. Cependant, on peut faire quelques critiques à cette technique. Il est des inconvénients mineurs. C'est, par exemple, la répétition des prises, plus désagréable pour le malade que la méthode de la dose unique. C'est d'autre part le fait que le tétraïode passé dans le côlon peut masquer la région vésiculaire ou, tout au moins, gêner la lecture des films. Mais il est un autre plus gros reproche qu'on peut faire à la méthode de Sandström, employée selon la technique ci-dessus, c'est-à-dire *comportant un seul examen après la prise de 2 ou 3 doses de tétraïode*. Ce défaut majeur est le suivant : *la méthode en question peut donner des images radiologiques normales avec des cholécystes déjà fonctionnellement défaillants.* Par la réitération des doses, des vésicules biliaires certainement pathologiques, mais encore peu malades, arrivent à donner des aspects apparemment normaux à la cholécystographie, la vésicule ayant encore conservé un certain pouvoir concentrateur.

Par ailleurs la méthode de la dose unique, qui comporte l'ingestion de 4 *g.* de tétraïode la veille de l'examen et qui a pour elle sa simplicité, n'est pas à l'abri de toute critique. Si une vésicule biliaire normale s'imprègne parfaitement par ce procédé, certaines vésicules, dont le pouvoir concentrateur est seulement affaibli, mais non aboli, ne s'opacifient pas ou presque pas avec cette dose unique. On peut être ainsi amené à croire à une exclusion vésiculaire ou à une lésion sérieuse du cholécyste, alors qu'il y a seulement baisse de la fonction de concentration.

C'est pour pallier aux critiques dont sont justiciables ces deux méthodes que nous avons eu recours depuis deux ans à une technique qui tenant des deux procédés ci-dessus, permet, croyons-nous, de mieux étudier le pouvoir concentrateur et, partant, la valeur fonctionnelle de la vésicule biliaire. La méthode, disons-le tout de suite, n'est pas nouvelle. Sandström lui-même l'avait proposée et Lomon l'a signalée dans le livre sur la vésicule biliaire publié avec l'un d'entre nous[1]. Kadrnka et Secheyac en ont proposé également une variante. Cependant nous croyons utile d'insister à nouveau sur cette méthode qui a été injustement oubliée et qui nous a donné en pratique des résultats fort intéressants.

***

Notre technique est la suivante. La veille de l'examen, nous prescrivons l'ingestion de 4 *g.* de tétraïode et la cholécystographie est pratiquée quatorze heures après. Quand l'image radiographique est parfaite, ce seul examen, suivi ou non de l'épreuve de Boyden, suffit. Quand, au contraire, on ne voit pas ou quand on voit mal l'ombre vésiculaire, le cas est considéré comme suspect, et on prescrit, après un repas normal à midi, une *surimprégnation* par ingestion le soir même d'une seconde dose de 4 *g.* de tétraïode, ingestion suivie d'un nouvel examen radiologique le lendemain matin. Dans ces conditions certains cholécystes restent invisibles, tandis que d'autres, peu ou pas opacifiés la première fois, fournissent, après surimprégnation, une image quasi normale.

***

Confrontée avec la clinique et les épreuves biologiques, cette technique de surimprégnation nous paraît mieux refléter que toute autre l'état fonctionnel de la vésicule. En effet, une dose unique de 4 *g.* opacifie les vésicules qui ont conservé un *pouvoir concentrateur normal*. Cette dose est même un peu forte (le seuil d'opacification serait, selon Graham, de 3 *g.*), mais nous l'avons choisie pour faciliter la lecture des clichés malgré certaines difficultés qui peuvent provenir du sujet : épaisseur, indocilité, important rayonnement secondaire, battements artériels, mouvements intestinaux. Nous croyons devoir faire observer que l'opacification du cholécyste ne signifie pas en toute certitude : vésicule biliaire saine. On sait, en effet, que dans certaines lithiases, surtout celles des jeunes sur lesquelles l'un de nous a insisté avec son élève Morin[2], lithiases qui comportent la présence d'un ou plusieurs calculs sans aucune altération de la paroi vésiculaire, le réservoir biliaire s'opacifie avec des doses normales de tétraïode. C'est que dans ce cas, et c'est là où revient la notion du trouble fonctionnel présent ou absent, malgré la lithiase, le pouvoir concentrateur est resté intact. En résumé, une bonne opacification du cholécyste après la prise de 4 *g.* de tétraïode correspond à un pouvoir concentrateur normal. Et l'examen pourra être complété par l'épreuve de Boyden qui, nous l'avons dit, interroge une autre fonction vésiculaire, celle d'évacuation.

Quand, après la première prise de sel opaque, il n'y a pas eu opacification, il ne faut pas conclure d'emblée à l'exclusion ou à une lésion grave du cholécyste[3]. En effet, des troubles de la fonction d'évacuation ou des lésions vésiculaires minimes peuvent provoquer la non-imprégnation. C'est dans de tels cas que la surimprégnation prend tout son intérêt. Ainsi certains états hypertoniques et hyperkinétiques de la vésicule biliaire, comme on peut en observer par exemple dans l'ulcère duodénal, peuvent amener un vidage précoce du réservoir biliaire, avant l'heure de la radiographie, le délai de quatorze heures entre l'ingestion de tétraïode et la prise du film étant ici trop long. Par la surimprégnation, ces vésicules invisibles ou mal visibles au premier examen donnent une assez bonne image, probablement pour les deux raisons suivantes. Tout d'abord, la deuxième dose de tétraïode vient renforcer l'opacification insuffisante obtenue par la première prise ; d'autre part, il semble bien que le cycle entérohépatique diurne du tétraïode paraisse donner une meilleure concentration vésiculaire que le cycle nocturne.

A l'opposé de ces « cholécysthypertonies », dont l'existence est certaine, mais dont l'histoire clinique reste bien imprécise encore, il est des vésicules atones qui s'opacifient très lentement, bien au delà du délai habituel de quatorze heures. La lenteur du brassage du contenu vésiculaire, le vidage incomplet du réservoir biliaire avant le déversement de la bile tétraiodée expliquent ici la non-opacification. En réexaminant le sujet le lendemain, après une nouvelle prise de tétraïode, de tels états ne risquent plus d'être méconnus. L'intérêt de ces cas est grand, car l'on sait que les tubages duodénaux en série donnent dans ces cholécystatonies de remarquables résultats.

Dans ces formes d'hypertonie et d'atonie vésiculaires, on peut dire que s'intriquent les troubles des deux fonctions de contractilité et de concentration, l'un commandant l'autre. Dans certaines cholécystites légères, le trouble de la concentration peut être le seul et le premier en date. La vésicule répond encore au tubage ; elle ne s'opacifie pas au tétraïode par la dose unique, mais devient visible par la réitération des doses. De tels cas sont particulièrement intéressants pour la technique de la surimprégnation, telle que nous la proposons ; cet examen en deux temps permet en effet d'affirmer, d'une part, que la vésicule biliaire n'est pas exclue et, d'autre part, qu'elle est malade, puisque son pouvoir concentrateur est notablement diminué. En pareille occurrence on peut espérer obtenir par

1. M. Chiray, I. Pavel et A. Lomon : *La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion.* (*Masson* et C[ie]), Paris, 2[e] éd., 1936, 170.

2. Morin : A propos de trois cas anormaux de lithiase vésiculaire chez des sujets jeunes. *Thèse de Paris*, 1934.

3. Naturellement nous n'envisagerons pas ici la non-opacification due à un trouble hépatique dans l'élimination du tétraïode, par exemple, ou celle due à des vomissements ayant rejeté la plus grande partie du produit. Dans cette seconde éventualité, d'ailleurs, on est souvent étonné de la bonne réussite de la cholécystographie qui tient sans doute à ce que, dans les efforts de vomissements, la vésicule s'est particulièrement bien vidée. Cela montre en tout cas que la dose classique de tétraïode employée dans nos examens est très supérieure à ce qui est nécessaire.

un traitement médical une régression du trouble fonctionnel.

Enfin, naturellement, pour les cholécystites restant invisibles par la surimprégnation, les conclusions sont les mêmes que pour l'épreuve classique de Sandström, c'est-à-dire qu'elles comportent la quasi-certitude d'une exclusion vésiculaire.

En résumé, la technique de cholécystographie que nous recommandons comporte, dans les cas de non-imprégnation vésiculaire après une première dose de 4 *g.* de tétraïode, un deuxième examen après surimprégnation par une nouvelle dose de sel opaque. Elle a la valeur d'une véritable exploration fonctionnelle du pouvoir de concentration de la vésicule biliaire. Une bonne opacification du cholécyste après ingestion de la première dose de tétraïode indique une fonction de concentration normale. Donc, dans ces cas, l'examen habituel suffit et il est inutile de faire prendre, comme dans la méthode de Sandström, une ou deux nouvelles prises de tétraïode, ce qui est fastidieux et quelquefois mal toléré. Dans les cas douteux, au contraire, la comparaison entre les deux examens successifs fait découvrir des déficiences fonctionnelles, que ne décélerait pas la technique habituelle de Sandström ; elle permet, en outre, de ne pas affirmer une lésion importante des voies biliaires, comme pourrait le faire la technique de la dose unique, alors qu'il y a seulement une légère baisse du pouvoir concentrateur de la vésicule.

LA MÉNINGITE ENDOTHÉLIO-LEUCOCYTAIRE MULTIRÉCURRENTE BÉNIGNE

SYNDROME NOUVEAU OU MALADIE NOUVELLE ?

Par P. **MOLLARET**
(Paris)

Il me paraît indiqué de porter à la connaissance des médecins la description d'une entité nouvelle dont l'étio-pathogénie reste encore à élucider. Deux de mes malades ont été présentés à la séance du 17 Mars 1944 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, un troisième à la séance du 30 Mars de la Société de Neurologie ; on trouvera l'ensemble de ma documentation clinique dans un mémoire de la *Revue Neurologique* (1944, **66**, n° 3-4, 57). Par ailleurs, le détail des recherches humorales et microbiologiques a fait l'objet, le 13 Mars, d'une conférence au Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, reproduite dans les *Annales de l'Institut Pasteur*.

Le présent article est destiné à donner une courte vue synthétique susceptible de permettre de reconnaître de nouveaux cas ; je suis convaincu que l'affection est moins rare qu'il ne le semblera à première vue mais que la méconnaissance en est très facile tant de la part du malade que du clinicien et du travailleur de laboratoire.

Etude clinique.

Personnellement, il m'a été donné d'observer 4 cas, dont le premier remonte à plus de quinze ans et le second à sept ans ; on peut faire état d'un cinquième sujet, pour lequel R. Marquézy avait bien voulu me demander, en 1942, quelques examens de laboratoire et dont il a rapporté l'observation à la suite de ma première présentation.

Au point de vue étiologique, le seul trait commun est celui de l'âge, puisqu'il s'est toujours agi, jusqu'à présent, d'adultes jeunes (20, 27, 29 et 33 ans). Par contre, aucune donnée d'ordre géographique ou professionnel, ni aucun antécédent héréditaire ou acquis ne peuvent encore être évoqués.

Dans son ensemble, la maladie est faite de la répétition, pendant plusieurs années, d'épisodes élémentaires très spéciaux.

1° L'épisode élémentaire. — Il débute *brutalement,* sans cause provocatrice, sans prodrome, peut-être avec une prédilection pour l'après-midi. Il se marque par trois ordres de signes majeurs concomitants : fièvre, signes méningés et douleurs.

La période d'état est constituée en moins d'une heure :

La fièvre s'élève à 39°-40°, parfois moins, sans accélération parallèle du pouls.

Les signes méningés consistent en céphalée, plutôt diffuse que localisée ; en contractures qui sont l'élément prédominant ; les troubles vaso-moteurs sont discrets; un vomissement n'est pas rare; la constipation n'a pas le temps de s'affirmer.

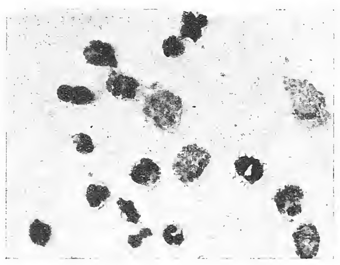
Les douleurs sont plus ou moins intenses, musculaires et articulaires; une part importante, mais non exclusive semble-t-il, dans leur déterminisme revient sans doute au syndrome méningé.

En contraste, l'examen neurologique est entièrement négatif, à deux réserves près : possibilité de crises épileptiques (2 cas) mais uniquement pendant l'accès ; les sujets n'étaient pas des épileptiques avant leur maladie et ne le sont pas restés après guérison de celle-ci. L'autre réserve concerne la possibilité de l'abolition de quelques réflexes (1 cas).

Tout aussi négatif est l'examen général, et cela pendant les accès comme dans l'intervalle de ceux-ci : pas de signes pharyngés, ni digestifs; pas le moindre élément éruptif cutané ou muqueux; pas d'anomalies des viscères thoraciques ou abdominaux ; pas de réaction des organes hématopoïétiques ; pas de signes urinaires (1 seul cas d'albuminurie transitoire à 1 *g.* 80).

La terminaison est remarquablement rapide : en vingt-quatre à quarante-huit heures. La température tombe le lendemain ou, à la rigueur, le surlendemain; en même temps, céphalée et douleurs se calment; les contractures persistent un jour de plus; le troisième jour, le malade, simplement encore un peu enraidi, reprend ses occupations.

Au total, chaque épisode élémentaire se réduit à une réaction méningée paroxystique, nettement fébrile et d'établissement brutal.



2° L'évolution générale. — Elle est très spéciale.

La répétition des accès va se poursuivre pendant plusieurs années (deux ou trois).

Cette répétition obéit peut-être à une apparence de cycle : au début, les récurrences sont assez espacées (intervalle de deux à trois mois). Par la suite, elles se rapprochent au point de devenir mensuelles, voire bimensuelles; parfois même 2 accès semblent se coupler. Elles s'espacent de nouveau en même temps qu'elles s'atténuent et finalement disparaissent sans que rien de spécial soit venu marquer l'ultime accès.

Aucune séquelle n'a, jusqu'à présent, grevé l'avenir d'aucun malade.

Au total, il s'agit d'une méningite véritablement multirécurrente et strictement bénigne.

Etude humorale.

1° *La formule humorale typique correspond à une ponction lombaire faite pendant les douze premières heures de l'accès :*

La tension n'est que peu ou pas augmentée.

L'aspect du liquide est trouble, opalescent, mais non purulent; il est blanchâtre avec des reflets moirés clairs. Si on laisse un tube déposer pendant vingt-quatre heures, l'opalescence se condense à la partie inférieure, tandis que le haut du tube devient limpide.

Les protides ne sont que relativement peu augmentés, en moyenne entre 0 *g.* 60 et 0 *g.* 80 (la valeur la plus élevée n'atteignit que 1 *g.* 07). Les réactions de Pandy et de Weichbrodt sont positives.

Les chlorures, le glucose ne paraissent guère modifiés.

La réaction de Bordet-Wassermann fut toujours négative.

La réaction du benjoin colloïdal montre un élargissement de la zone moyenne de précipitation normale, avec précipitation surajoutée (plus intense et plus fréquente dans la série terminale que dans la série initiale des tubes).

La cytologie donne la caractéristique fondamentale : il y a, d'une part, *pléocytose considérable,* à 1.000, 2.000 cellules par millimètre cube (le chiffre le plus élevé fut de 2.600). Il y a, d'autre part, *formule spéciale* (fig.) : absence d'hématies, présence pour moitié de lymphocytes et de polynucléaires, et pour moitié de grandes cellules « endothéliales », en lyse précoce et dont j'ai discuté ailleurs la nature.

2° *Après vingt-quatre heures, la formule humorale est déjà très atténuée,* spécialement au point de vue cytologique. Il y a réduction massive de la pléocytose ; de plus, cette réduction porte discrètement sur les lymphocytes, moyennement sur les polynucléaires et considérablement sur les cellules endothéliales.

3° *En moins d'une semaine le liquide est redevenu presque normal.*

Tout ceci mérite d'être souligné et à un double point de vue :

Au point de vue diagnostique, la méconnaissance est facile si la ponction lombaire est faite entre les accès, ou tardivement au cours de l'accès (on parlera de lymphocytose pure ou prédominante).

Au point de vue physio-pathologique, tout signe une réaction inflammatoire, fluxionnaire, avec nettoyage sous-arachnoïdien extraordinairement rapide, par lyse et non par macrophagie.

L'examen de sang a peut-être une valeur accessoire, en révélant une leucopénie sans modification de la formule.

L'examen des urines paraît sans intérêt.

Etude microbiologique.

Dans l'hypothèse, *a priori* la plus légitime, d'une origine infectieuse de l'affection, les recherches suivantes furent pratiquées dans les premières heures des accès :

1° *Avec le liquide céphalo-rachidien :*

Examen à l'état frais et à l'ultra-microscope;

Colorations au May-Grünwald-Giemsa, au Gram et au bleu de méthylène ;

Imprégnation argentique;

Cultures en milieux usuels (aérobies et anaérobies), en milieux au sérum de lapin et en membrane chorio-allantoïdienne;

Inoculations au lapin (voies cornéenne et intracérébrale), à la souris (voies intracérébrale et sous-cutanée), au cobaye (voies intracérébrale et sous-cutanée), à 4 espèces de singes (voie intracérébrale).

2° *Avec le sang :*

Examen à l'état frais et à l'ultra-microscope après triple centrifugation;

Coloration au May-Grünwald-Giemsa;

Cultures en milieux usuels, en milieux au sérum de lapin et en membrane chorio-allantoïdienne;

Inoculation au lapin, à la souris et au cobaye (voies sous-cutanée et intra-péritonéale).

3° *Avec l'urine :*

Examen du culot, coloration et cultures.

De multiples séro-diagnostics furent mis en œuvre : groupe typhique-paratyphique, brucelloses, sodoku, leptospiroses, chorio-méningite lymphocytaire.

L'intradermo-réaction à la mélitine fut également éprouvée.

Enfin la réceptivité de certains lots d'animaux fut vérifiée vis-à-vis de certains virus intéressants.

Les résultats de toutes ces recherches furent nuls. Contrairement à l'attente légitime, l'origine infectieuse de l'affection n'a pas encore pu être démontrée. Il semble, par contre, que l'on puisse considérer comme exclus tous les micro-organismes connus comme susceptibles d'engendrer des réactions méningées à rechutes; je renvoie au mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur* pour toute la discussion correspondante.

Deux exclusions supplémentaires peuvent être acceptées :

Aucune *parasitose* n'a pu être mise en évidence.

Aucune cause de *méningite réactionnelle* n'a pu être décelée, qu'il s'agisse d'un foyer infectieux paracranien (sinusite, otite, etc.) ou à distance (amygdalien, dentaire, viscéral, etc.).

Hypothèse non infectieuse

Devant l'échec des recherches précédentes, j'ai envisagé l'hypothèse d'un processus non infectieux, en particulier de réactions fluxionnaires allergiques, s'apparentant à ce que certains auteurs, comme A. Bannwarth (1941) ou H. Pette (1942), ont voulu décrire comme méningite allergique.

Aucun argument en faveur d'un processus allergique n'a pu être trouvé chez mes malades, à l'exception d'un état asthmatique chez la dernière. Dans ces conditions, j'ai essayé chez elle un antihistaminique de synthèse (2339 RP) ; il fut dépourvu de toute efficacité tant sur les épisodes méningés que sur les phénomènes asthmatiques. J'ai tenté alors une série d'injections intraveineuses de 10 cm^3 de novocaïne à 1 pour 100; à la 6ᵉ injection, éclata une poussée d'asthme qui tint la malade alitée pendant une semaine, *mais aucun épisode méningé ne s'est reproduit depuis.*

***

En conclusion, le problème étiologique reste entier ; les recherches précédentes ne prétendent, à ce point de vue, qu'à avoir défriché le terrain. Par contre, l'existence d'une entité nouvelle, syndrome ou maladie, peut, avec quelque vraisemblance, être considérée comme acquise. Cette étude vise à faciliter la reconnaissance de nouveaux cas qui doivent permettre de pousser plus loin l'identification du processus causal.

LES ADÉNOPATHIES DANS L'ÉPITHÉLIOMA DU SINUS MAXILLAIRE

Par **M. DARGENT**

(Lyon)

Les descriptions de Reclus et de Verneuil (1876) précisent bien le caractère hautement malin de certaines adénomégalies dans l'évolution du cancer du sinus maxillaire. Verdeaux (Lyon, 1925) les décrit à propos des formes térébrantes.

Dechaume, évoquant les recherches anatomiques de André, Sassier, Schweitzer, définit les aires intéressées et envisage des indications opératoires pour les petites adénopathies

Hautant en donne une bonne description clinique et insiste sur l'intégrité ganglionnaire dans les formes endosinusales, alors que l'envahissement de la peau, de la muqueuse jugale, de la fosse ptérygo-maxillaire, du voile, peut s'accompagner d'adénopathies cervicales.

La thèse de Bouquet, inspirée par Bérard et Colson, n'apporte aucune donnée précise sur ce point.

L'article d'Holgren donne sur les 120 cas de la clinique Sabatsberg à Stockholm une proportion de 89 envahissements ganglionnaires (1937).

Dans la thèse de Carlier (Lille, 1938), on trouve 22 métastases cervicales sur 48 cas, presque toutes hautement malignes.

Nous apportons ici la statistique du Centre anticancéreux de Lyon, portant sur 91 cas, traités de 1925 à 1943, pour essayer de définir les caractères anatomo-cliniques de ces adénopathies et, partant, les indications thérapeutiques préeises.

Statistique.

48 observations sur 91 mentionnent une atteinte lymphatique, *soit 52,7 pour 100* des cas. 3 mal décrits nous échappent. Les autres, d'après leurs caractères histologiques ou leur évolution clinique, ont pu être classés en : adénopathies primitives malignes, primitives inflammatoires, secondaires malignes et secondaires inflammatoires (les adénopathies malignes ayant très souvent eu des caractères mixtes et ayant évolué vers la suppuration).

Les adénopathies primitives malignes.

Proportion : 13, soit 14,2 pour 100.

Siège :

Carotidiennes unilatérales	8
Sous-maxillaires unilatérales	3
Carotidiennes *bilatérales*	2

Origine :

Cancers de la paroi sinuso-jugale	9
Cancers de l'infrastructure	3
Cancer total envahissant la fosse ptérygo-maxillaire	1

Evolution et traitement :

Abstention totale. Mort	2
Traitement de la lésion, abstention ganglionnaire. Mort.	4
Curage cervical après traitement de la lésion : 6 morts précoces, 1 survie de deux ans	7

Les adénopathies primitives inflammatoires.

Proportion : 9, soit 9,8 pour 100.

Siège :

Sous-maxillaires	6
Sous-maxillaires et carotidiennes (une prétragienne associée)	3

Origine :

Cancers de l'infrastructure	4
Cancers de la paroi sinuso-jugale	2
Cancers totaux	3

Evolution et traitement (régression rapide) :

Perdu de vue	1
Survie de un à quatre ans après traitement de la lésion	4
Morts de récidives focales de un à trois ans après, mais *sans évolution ganglionnaire*	4

Les adénopathies secondaires malignes.

Proportion : 17, soit 18,6 pour 100.

Siège :

Prétragiennes	2
8 sous-maxillaires, 3 carotidiennes, 1 sus-claviculaire	12

Elles répondent à 2 types différents par leur origine et leur évolution :

A. — 8 adénopathies *sans récidive apparente,* après traitement de la lésion :

Origine :

Cancer de l'infrastructure traité par résection seule.	1
Cancers de l'infrastructure traités par résection et radium	3
Cancers de la paroi sinuso-jugale traités par résection et radium	2
Cancer total traité par résection et radium	1
Cancer total traité par radiothérapie seule	1

Evolution :

Apparition de un à dix mois après le traitement de la lésion. Evolution très rapide et très maligne.

B. — 9 adénopathies *à l'occasion d'une récidive,* après :

Origine :

Cancers de l'infrastructure traités par résection partielle	4
Cancers de la paroi sinuso-jugale traités par résection totale	5

Evolution :

Evolution rapide à l'occasion d'une grosse récidive, généralement pharyngée	6
Adénopathies mobiles. Récidives petites	3

3 évidements après traitement de la récidive : 1 survie de *six ans,* 1 survie de *quatre ans* après récidive sus-claviculaire, 1 récente (ganglions envahis histologiquement).

Les adénopathies secondaires inflammatoires.

Proportion : 6, soit 6,5 pour 100.

Siège :

Sous-maxillaires	2
Carotidiennes	4

Origine :

Cancers de l'infrastructure traités par 3 résections partielles et 1 résection totale	2
Cancers totaux traités par résection	2

Evolution :

Coexistant avec une ostéite banale. Guérison	3
Coexistant avec une récidive focale. Disparition après traitement focal	3

Commentaires et indications.

Deux points importants méritent d'être définis d'abord :

1° Il s'agit d'observations de Centre anticancéreux, donc de cas très évolués, ou déjà opérés économiquement et récidivés. Sur 91, il y a 3 cas au début intrasinusaux. Ils ne donnent pas de métastases ganglionnaires. C'est là un fait bien admis par les rhinologistes. Nous l'admettons aussi.

2° Le point de vue histologique a peu d'importance. Nous ne connaissons qu'un épithélioma baso-cellulaire, accompagné d'adénopathie inflammatoire. Les autres sont des épithéliomas spino-cellulaires, plus ou moins métaplasiques.

Les commentaires de la statistique permettent alors de répondre à un certain nombre de problèmes.

I. — *L'existence d'une adénopathie contemporaine est-elle une raison formelle d'abstention ?*

S'il n'y avait que les 14,2 pour 100 d'adénopathies malignes primitives, il faudrait répondre *par l'affirmative.* 1 seule sur 13 a survécu deux ans après un curage cervical.

Mais les 9,8 pour 100 d'adénopathies inflammatoires pures atténuent ce pessimisme. Dans notre statistique, une résection large, suivie de curiethérapie, faite pour une forme surinfectée, a eu le même résultat qu'une opération de drainage et a fait disparaître du même coup une adénomégalie carotidienne. Qu'on adopte la radiothérapie, comme Lambret et Carlier, ou la chirurgie large (sacrifiant même l'orbite et les plans jugaux), comme M. Bérard, il faut admettre que ces gestes doivent être faits et qu'il n'est d'exception que pour :

a) Les formes trop évolutives chez les grands cachectiques ;

b) Les formes *bilatérales,* l'expérience nous ayant montré que les formes inflammatoires sont unilatérales ;

c) Les adénopathies très dures, très fixées, hautes donnant l'impression de malignité certaine, surtout si on a la preuve radiographique d'un envahissement vers la fosse ptérygo-maxillaire ou le cavum.

II. — *Que faire en face d'une adénopathie qui confirme sa malignité après traitement du foyer maxillaire ?*

La réponse est simple. Selon le volume et le siège, on fera de la radiothérapie, ou un curage cervical, prétexte à ligature carotidienne surtout. Les deux gestes sont purement palliatifs, de toute évidence.

III. — *Les adénopathies secondaires posent avant tout le problème du curage prophylactique.*

Il ne s'agit que d'adénopathies évoluant sans récidive focale.

On voit après des *exérèses de cancers massifs,* prolongés vers la fosse ptérygo-maxillaire, apparaître et grandir en quelques semaines des adénopathies rapidement fixées, souvent bilatérales, aboutissant à des fongus néoplasiques du cou. On doit s'abstenir de la chirurgie. La radiothérapie est palliative sur elles.

Mais il en est de plus tardives, après le traitement maxillaire. Les délais d'apparition sont de *trois à dix mois.* Elles sont rapidement fixées, et on peut à juste titre se repentir de n'avoir pas prévu cette complication.

Le mode de traitement ne semble pas spécialement les influencer. Une apparaît dix mois après un succès de radiothérapie, une six mois après une résection sans récidive opératoire, les autres après des résections classiques, suivies de curiethérapie.

Par contre, *le siège a beaucoup d'importance :* si on ajoute à ces cas les formes primitives malignes, on voit que :

18 fois sur 30, il s'agissait d'un cancer de la paroi inuso-jugale ;

10 fois sur 30, d'un cancer de l'infrastructure ;

2 fois, d'un cancer à envahissement postérieur et orbitaire.

La thèse de Carlier confirme cette notion.

Si les adénopathies malignes primitives sont au-dessus des ressources d'un traitement radical, les formes secondaires doivent être évitées par un évidement ganglionnaire cervical étendu jusqu'à la clavicule et enlevant le relai sous-mental. Ce geste prophylactique est à proposer dans un délai de deux mois, après traitement des formes de *l'infrastructure et de la cloison antérieure*. Il semble inutile dans les formes à évolution nasale ou ethmoïdale. Il est vain dans les formes postérieures, où, même bilatérales ; il n'aurait pas plus de succès que pour les cancers du pharynx.

IV. — *Enfin, comment traiter les adénopathies contemporaines d'une récidive ?*

Les conditions varient beaucoup.

Les 2/3 apparaissent en même temps qu'une grosse récidive orbitaire ou pharyngée dans la néocavité créée par la résection. Elles sont hautement malignes.

Le 1/3 apparaît à la faveur d'une petite récidive dans un foyer de résection économique (3 cas) de l'infrastructure. C'est une adénopathie encore mobile, petite. On ne peut même pas affirmer qu'elle est maligne (6,5 pour 100 sont inflammatoires).

Après le geste indispensable sur la récidive (résection totale, électrochirurgie, curiethérapie complémentaire), il faut faire le curage ganglionnaire cervical, lier la carotide externe et compléter par la radiothérapie cervicale.

On peut même ajouter : s'il n'existe pas encore de ganglions cliniquement perceptibles, *le curage doit être proposé systématiquement à titre prophylactique après le traitement de ces petites récidives jugales ou infrastructurales.*

Conclusions.

Hormis une survie de six ans maintenue et une de quatre ans après des curages ganglionnaires faits pour des adénopathies malignes contemporaines de récidives après résection partielle, nous ne pouvons apporter que des résultats désastreux, parce que tous ces gestes chirurgicaux ont été marqués du caractère palliatif, faute d'avoir une règle précise pour le traitement des aires ganglionnaires.

L'étude de notre statistique nous permet d'établir des propositions s'inspirant des adénopathies pour le choix d'une thérapeutique. Une adénopathie contemporaine du cancer n'est pas forcément une contre-indication de traiter ce dernier. Et d'autre part, il est certaines formes qui imposent le curage préventif, au même titre que dans les cancers de la bouche et sans doute avec les mêmes proportions de curages inutiles, pour des lésions seulement inflammatoires. C'est pourtant la seule attitude de sécurité.

(*Travail du Centre Anticancéreux de Lyon.*
[Directeur : Prof. Santy.])

ÉTUDE COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA DIPHTÉRIE

INTÉRÊT D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE DIAGNOSTIC RAPIDE

PAR

Gilberte DEMELENNE-JAMINON
et **Jacques LEGROS**
assistants.

Il y a quelques années, l'un de nous, en collaboration avec Welsch et Thibaut [1], publiait les excellents résultats obtenus avec le milieu gélose-extrait de caillot-tellurite de K. (G. C. T.) pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie. Ce milieu, employé depuis sur une très grande échelle au laboratoire de bactériologie de l'Université et de la province de Liége, s'est montré nettement supérieur au milieu de Loeffler au point de vue sûreté du diagnostic. Au point de vue rapidité il n'apporte malheureusement aucune amélioration à la méthode classique, car il exige un minimum de vingt-quatre à quarante-huit heures d'incubation.

Nous avons donc là une excellente méthode pour le dépistage et le contrôle des porteurs de germes ainsi que pour confirmer ou infirmer un diagnostic clinique de diphtérie, mais il ne sera d'aucune aide au médecin qui en présence d'un cas aigu se demande : « Dois-je ou non injecter du sérum ? » Le délai qu'elle exige n'est pas compatible avec la conduite correcte du traitement de la diphtérie où la précocité de l'injection de sérum est d'un intérêt primordial.

Dans ce cas, si l'examen clinique le laisse hésitant, le médecin devrait pouvoir s'adresser à un moyen sûr de diagnostic bactériologique rapide de la diphtérie. Deux méthodes, celles de Folger et de Manzullo, ont été étudiées par l'un de nous avec Welsch et Hermanne [2] en comparaison avec le sérum coagulé.

Il ressort de leurs conclusions que ces deux méthodes sont peu sûres et ne sont guère utilisables en pratique.

Dans un travail plus récent, l'un de nous [3] propose une nouvelle méthode de diagnostic rapide de la diphtérie et publie des résultats très encourageants dans un grand nombre de cas d'angines aiguës.

Nous nous proposons dans ce travail de comparer la valeur des 5 méthodes dont nous venons de parler.

Rappelons brièvement les caractéristiques de chacune de ces méthodes :

I. Méthode de Loeffler. — Du sérum de bœuf coagulé, solidifié en tubes inclinés, est ensemencé dès l'arrivée de l'écouvillon au laboratoire.

Le diagnostic microscopique par frottis sur plaque et coloration au bleu de toluïdine se fait après vingt-quatre heures d'étuve.

II. Méthode de Welsch, Demelenne-Jaminon et Thibaut. — L'écouvillon est frotté légèrement sur le milieu G. C. T. coulé en tubes inclinés.

Préparation du milieu : on introduit dans 500 cm^3 d'une solution d'agar à 5 pour 100 liquéfiée un mélange de 500 cm^3 de bouillon peptoné, 50 cm^3 d'extrait de caillot et 20 cm^3 d'une solution aqueuse fraîche de tellurite de K. à 1 pour 100. On porte lentement le tout à 75°, on maintient pendant quinze minutes à cette température et, enfin, on répartit en tubes qu'on laisse refroidir en position inclinée.

Tableau I.

			Bactériologiquement + sur				
			Sérum coagulé	G. C. T.	Folger	Manzullo	Legros
100 produits examinés	82 cas aigus	52 cliniquement + .	36 (68 p. 100)	44 (84 p. 100)	27 (52 p. 100) + 3 suspects	20 (38 p. 100)	43 (83 p. 100)
		30 cliniquement — .	1	2	2+1 suspect	1	1
	18 contrôles		6	9	3+1 suspect	3	8

Le diagnostic se fait macroscopiquement après quarante-huit heures d'étuve.

La morphologie des colonies de bacilles diphtériques et des différentes espèces de diphtéroïdes est caractéristique sur ce milieu.

III. Méthode de Folger. — Peu avant la prise de produits, un écouvillon ordinaire est plongé dans du sérum de bœuf stérile, puis celui-ci est coagulé légèrement en le maintenant quelques instants au-dessus de la flamme veilleuse d'un bec Bunsen.

Le prélèvement dans la gorge du sujet est fait de la manière ordinaire et l'écouvillon porté immédiatement à l'étuve à 37°. Après trois à six heures on peut examiner les frottis colorés au bleu de toluïdine.

IV. Méthode de Manzullo. — Le prélèvement est fait exactement, comme dans les circonstances habituelles avec un écouvillon ordinaire qui n'a subi aucune préparation spéciale. A son arrivée au laboratoire, cet écouvillon chargé de produits infectieux est imbibé du milieu de culture suivant : à 1 cm^3 5 de bouillon Liebig, on ajoute 0 cm^3 15 d'extrait globulaire filtré et 0 cm^3 15 d'une solution de tellurite de K. à 2,5 pour 100. L'écouvillon est ensuite placé à l'étuve à 37° pendant trois à six heures. Après ce temps, la croissance des germes a généralement provoqué la réduction du tellurite et des taches noires, plus ou moins étendues, peuvent être observées; elles ne sont nullement spécifiques du bacille de Loeffler. On examine les frottis sur plaques colorées comme plus haut.

V. Méthode de Legros. — Le prélèvement se fait avec un écouvillon qui a subi une préparation spéciale.

Préparation de l'écouvillon : à 100 cm^3 de gélose maintenue entre 45 et 50° on ajoute 7 cm^3 de glycérine, 65 cm^3 d'eau distillée, 35 cm^3 de sérum humain [4] prélevé stérilement, 8 cm^3 de solution de tellurite de K. à 1 pour 100 et 1 *cg.* d'amide nicotinique. On mélange le tout. On plonge les écouvillons stériles et on les laisse tremper cinq minutes. On les retire et, après refroidissement, on les plonge à nouveau dans le milieu.

Cette opération est recommencée trois fois, en prenant les précautions nécessaires pour les maintenir stériles.

Les écouvillons sont alors placés dans leur tube et conservés si possible en glacière. Il est utile de déposer préalablement I goutte d'eau stérile dans le fond des tubes pour empêcher la dessiccation.

Ainsi préparés, les écouvillons sont utilisables pendant deux mois.

Diagnostic de la diphtérie.

On fait le prélèvement de la façon usuelle avec l' « écouvillon milieu » et on le place à l'étuve à 37°. Trois heures après, on frotte légèrement l'écouvillon sur une plaque stérile et on le remet à l'étuve. Le frottis est coloré et dans les cas positifs de nombreux bacilles diphtériques sont visibles.

1. Welsch, G. Demelenne-Jaminon et J. Thibaut : *C. R. Soc. Biol.*, 1939, **132**, 326.
2. Welsch, Demelenne-Jaminon et Hermanne : *Rev. belge des Sc. Méd.*, 1943, **15**, 1.
3. Jacques Legros : *Rev. belge des Sc. Méd.*, 1943, **15**, 9.
4. Nous avions émis l'hypothèse que le sérum de mouton pourrait, en période normale, remplacer avantageusement le sérum humain. Des travaux en cours ne confirment pas cette opinion.

Grâce au tellurite, après trois heures d'étuve, il n'y a à côté des bacilles diphtériques que de rares autres microbes.

Une chose de plus est à retenir : si l'examen est négatif en trois heures, l'apparition de colonies noires après vingt-quatre heures commandera l'examen microscopique d'un nouveau frottis de l'écouvillon.

I. — Recherche du pourcentage de réponses positives dans les cas cliniquement certains avec les 5 méthodes décrites plus haut.

Ce premier travail porte sur 100 cas, dont 82 angines aiguës suspectes ou cliniquement diphtériques et 18 convalescents de diphtérie observés à la clinique pédiatrique de Juin 1942 à Janvier 1943.

Quatre prélèvements furent effectués à chaque malade; le premier avec l'écouvillon préparé extemporanément d'après la méthode de Folger; le second avec « l'écouvillon milieu » préparé à l'avance, les deux derniers avec des écouvillons ordinaires, l'un devant être plongé dans le milieu de Manzullo, l'autre devant servir à ensemencer les milieux de Loeffler et G. C. T.

Les prélèvements ont été faits très soigneusement par l'un de nous sur les deux amygdales et de chaque côté de la luette ; en présence de fausses membranes, sur le bord de celles-ci.

La recherche des bacilles s'effectua après trois heures, six heures et vingt-quatre heures pour les 3 méthodes rapides, après vingt-quatre heures et quarante-huit heures pour les 2 autres. Dans tous les cas où les 5 méthodes ne donnaient pas une réponse concordante, l'identification complète par fermentation sucrée et autres méthodes fut faite pour confirmer le diagnostic.

Les résultats sont consignés dans le tableau I.

La lecture de ce tableau nous permet de conclure à la supériorité des milieux solides au tellurite de K : G. C. T. et « écouvillon milieu ».

En effet nous trouvons dans les cas aigus 84 pour 100 de réponses positives sur G. C. T., 83 pour 100 sur l' « écouvillon milieu », 68 pour 100 sur sérum coagulé, 52 pour 100 sur Folger et seulement 38 pour 100 sur Manzullo. Chez les convalescents nous trouvons 9 réponses positives sur G. C. T., 8 sur l' « écouvillon milieu », 6 sur sérum coagulé et 3 sur Folger et Manzullo.

Les résultats trouvés dans les cas aigus n'ont pas une valeur absolue car les prélèvements ont été faits pour la plupart après un ou plusieurs jours de traitement, soit à domicile, soit après l'arrivée à la clinique. Cela explique le pourcentage relativement élevé de résultats négatifs.

II. Etude comparative de la rapidité du diagnostic.

Nous avons comparé les deux méthodes rapides qui nous avaient donné les meilleurs résultats dans la première partie de ce travail. La méthode de Manzullo a été abandonnée, étant trop peu fidèle.

Les prélèvements ont été faits à 36 enfants présentant une angine diphtérique cliniquement certaine, non traitée à domicile et avant tout traitement à la clinique.

Ces résultats montrent la supériorité de l' « écouvillon milieu » au point de vue rapidité. En effet, nous trouvons 29 cas positifs en trois heures avec l' « écouvillon milieu » et 20 cas avec le Folger. Cette supériorité se confirme également au point de vue sûreté du diagnostic puisque tous les cas furent positifs en vingt-quatre heures avec cette méthode, tandis que 75 pour 100 seulement étaient positifs en vingt-quatre heures sur Folger.

De plus, cet écouvillon préparé à l'avance et se conservant deux mois peut être utilisé très facilement par le médecin praticien, tandis que la méthode de Folger exigeant la préparation extemporanée de l'écouvillon ne peut être effectuée qu'à proximité d'un laboratoire.

Tableau II.

Numéros	Sérum coagulé	G. C. T.	Legros	Identification
23	B. D.	B. D.	—	B. D.
42	—	—	B. D.	B. D.
51	—	B. D.	B. D.	B. D.
59	—	B. D.	—	B. D.
76	—	B. D.	B. D.	B. D.
77	—	B. D.	—	Pseudo
79	—	B. D.	B. D.	B. D.
93	B. D.	B. D.	—	B. D.
94	B. D.	Suspect	—	Pseudo
100	—	—	B. D.	B. D.

La méthode rapide permet, fait intéressant à noter, le diagnostic de l'angine de Vincent; en effet, nous avons observé plusieurs fois, après trois heures d'étuve, l'association fuso-spirillaire à côté des bacilles diphtériques.

III. — La méthode rapide au moyen de l' « écouvillon milieu » permet-elle de différencier d'une façon certaine les bacilles diphtériques des bacilles pseudo-diphtériques ?

D'après certains auteurs le diagnostic différentiel des bacilles diphtériques et pseudo-diphtériques sur milieu au tellurite n'est pas possible par l'examen microscopique.

Cependant, dans son travail déjà cité, l'un de nous insistait sur la possibilité d'effectuer ce diagnostic différentiel sur le milieu décrit par lui.

Des prélèvements ont été effectués dans le nez, dans l'œil ou dans l'oreille de 100 enfants atteints d'affections diverses. Un prélèvement était fait avec l' « écouvillon milieu », l'autre avec un écouvillon ordinaire destiné à ensemencer les milieux de Loeffler et G. C. T.

Toutes les réponses ont été négatives dans 87 cas; dans 3 cas elles ont été toutes positives. Les résultats des 10 autres cas sont consignés dans le tableau II.

Nous voyons que toutes les réponses positives sur l' « écouvillon milieu » ont été confirmées par l'identification. Les méthodes de Loeffler et G. C. T. ont été une fois en défaut.

Conclusions.

1° La méthode « G. C. T. » est la meilleure méthode pour le dépistage et le contrôle des porteurs de germes, ces cas n'exigeant pas une réponse rapide ;

2° L' « écouvillon milieu » est une méthode rapide et sûre qui, dans toutes les circonstances où elle est praticable, peut être substituée avantageusement à la méthode de Loeffler pour le diagnostic des angines aiguës.

Institut de bactériologie de l'Université et de la Province de Liége (Dir. Prof. Gratia). *Clinique pédiatrique de l'Université de Liége* (Dir. Prof. Plumier).

MOUVEMENT MÉDICAL

RECHERCHES NOUVELLES SUR LES CONDITIONS D'APPARITION DE LA POLIOMYÉLITE

Pendant de nombreuses années on a pensé que la contagion de la poliomyélite se faisait exclusivement par voie naso-pharyngée. La présence du virus avait été constatée dans la salive, dans les mucosités nasales du malade ou du porteur de germes ; on avait maintes fois répété l'expérience de Flexner qui déterminait la maladie chez le singe en badigeonnant les narines de cet animal avec des sécrétions nasales d'enfant atteint de poliomyélite. Mais à côté de cette voie qui paraît certaine, il est non moins certain que l'intestin peut servir de porte d'entrée au virus poliomyélitique.

En 1928, devant la Section d'Hygiène de la Société des Nations, Kling, étudiant les épidémies de Suède, de Saxe, de Roumanie, avait émis l'hypothèse d'une porte d'entrée digestive. Quelques années plus tard les travaux de Kling, Levaditi et Hornus, puis ceux de Kling, Levaditi et Lépine (1929-1934) avaient démontré la possibilité expérimentale d'un tel mode d'introduction dans l'organisme. Cette notion a reçu son entière confirmation par l'étude de l'épidémie de Stockholm de 1939, faite par Kling. Cet auteur a pu démontrer que les eaux polluées jouaient un rôle de premier plan dans la propagation de la poliomyélite. En effet, le virus existait en abondance dans les eaux des égouts à l'automne 1939 au moment où, à Stockholm, l'épidémie était à son apogée. Il était alors capable de produire chez le singe la poliomyélite à forme paralytique avec lésions graves et typiques à différents niveaux du système nerveux central. A la fin de l'épidémie, le virus était toujours présent dans les eaux polluées, mais sa virulence était atténuée et ne produisait plus que des poliomyélites abortives. Enfin, neuf mois après l'épidémie, aucun cas n'ayant plus été observé à Stockholm, Kling montra que le virus avait disparu des eaux d'égout. Il vérifia également le rôle joué par la température de ces eaux. Celle-ci oscille entre 10° le jour et 7° la nuit. A ces températures, au laboratoire, on a pu conserver le virus vivant pendant cent quatorze jours. Des constatations analogues ont été faites en Amérique en 1940 sur des échantillons d'eaux d'égout prélevées au voisinage immédiat d'hôpitaux d'isolement où étaient hébergés des malades atteints de poliomyélite (Laruelle). Il est donc probable que le virus dont la présence massive a été constatée dans les eaux usées au cours des épidémies provient des selles virulentes des malades. Le virus conserve sa vitalité et prolifère en raison des conditions optima de chaleur, de nourriture qu'il trouve dans ce milieu et peut y séjourner longtemps si les égouts ne sont pas soumis à une désinfection. Mais la multiplication du virus poliomyélitique ne peut se faire que s'il rencontre dans les eaux un organisme animal sensible, hôte intermédiaire qui jouera le rôle de réservoir. Il est difficile d'incriminer les rats, comme on l'avait pensé un moment, car les égouts de Stockholm, contrairement à ceux de Paris, constituent un système fermé où les rats ne peuvent subsister. L'éventualité d'un insecte vecteur n'est pas non plus à retenir. Force est de penser aux micro-organismes renfermés dans l'eau elle-même et, avant tout, aux individus appartenant à l'un des trois genres : *Bodo, Amœba* et *Monas*. Or le genre Bodo est souvent rencontré dans les selles des malades atteints de poliomyélite, au début de la maladie et au début de l'épidémie (Bodo, 73 pour 100, Amœba ou Mona, 3,3 pour 100). D'autre part, les flagellés du genre Bodo existent en grande abondance dans les eaux polluées. On peut supposer qu'un certain nombre de ces flagellés puisse servir de réservoir. Cette hypothèse toutefois demande confirmation.

Ainsi la poliomyélite rentrerait dans le cadre des « maladies hydriques » comme la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra. Ainsi s'expliqueraient la prédominance estivale de la poliomyélite, la marche de l'épidémie qui suit bien plus les voies d'eau que les voies ferrées, le fait que les cas se groupent au voisinage des plages, des rivières, des lacs où les enfants peuvent contaminer les eaux et le sable ou être contaminés par eux, le fait que cette maladie se développe davantage dans les lieux où les eaux usées ne sont pas collectées et éliminées avec soin.

De ces deux modes de contagion on peut prévoir deux modes de début : début par catarrhe des voies respiratoires, pharyngite, angine, quand la porte d'entrée est naso-pharyngée, début par entérite ou gastro-entérite quand la porte d'entrée est intestinale. Ce mode d'invasion commanderait même en partie la symptomatologie ultérieure en raison de l'itinéraire suivi par le virus pour atteindre le névraxe. C'est ainsi que pour Laruelle les formes *hautes*, dépendant de lésions localisées surtout dans le renflement médullaire cervical ou dans le bulbe, se manifestant par des symptômes irritatifs ou par des paralysies intéressant l'extrémité céphalique, la ceinture scapulaire et les membres supérieurs, seraient

d'origine naso-pharyngée; les formes *basses,* intéressant la moelle lombo-sacrée et par conséquent frappant la ceinture pelvienne et les membres inférieurs, seraient d'origine intestinale.

***

Les vagues épidémiques qui déferlèrent dès la fin du XIXe siècle sur les pays nordiques, l'Europe centrale et l'Amérique ont apporté des tableaux nouveaux. Les formes méningées de la poliomyélite ont augmenté de nombre sans nécessairement se compliquer de paralysies. L'inoculation au singe de mucus nasal, d'extrait de matières fécales a permis de rattacher ces formes, sans contestation possible, à la poliomyélite. Mais à côté de ces formes d'expression nerveuse, nombre d'auteurs ont décrit des *formes abortives* où les symptômes nerveux sont absents ou à peine esquissés. Mais dès que manquent les paralysies et les modifications du liquide céphalo-rachidien, en l'absence d'inoculation à l'animal et au seul animal possible, le singe, dans l'état actuel de l'expérimentation, le diagnostic de poliomyélite abortive est une étiquette de présomption basée sur des considérations épidémiologiques émises *a posteriori* et qui ne sont valables que pour les groupes de malades mais non point pour chaque cas particulier pris isolément (Pache).

Aussi deux opinions s'affrontent-elles au sujet des formes abortives. Les uns, avec Wieland, pensent que, dans les formes abortives, il s'agit d'atteintes grippales banales, de rhumes fébriles préparant le terrain à l'action du virus poliomyélitique, mais ne relevant pas de l'action directe de ce dernier ; pour les autres et ils représentent la majorité des auteurs contemporains, le virus poliomyélitique est responsable à lui seul, aussi bien de l'éclosion des formes abortives pures que des formes paralytiques.

Dans ces formes abortives, nous retrouvons encore la dualité d'origine de la poliomyélite : d'une part, des formes se traduisant surtout par des angines, des amygdalites, des infections naso-pharyngées et des voies respiratoires supérieures ; d'autre part, des formes *fébriles pures* ou des formes revêtant l'allure d'une *gastro-entérite* ou d'une *entérite aiguë fébrile,* ces dernières formes étant d'acquisition relativement récente.

Il nous est impossible de rapporter toutes les communications faites au sujet des formes abortives et parues dans la littérature étrangère depuis une dizaine d'années. Citons les plus démonstratives. En Suisse, H. L. Pache étudie l'épidémie qui sévit à Yverdon pendant l'été 1941. Au cours de cette épidémie qui débuta par un cas foudroyant de poliomyélite très nette, suivi de mort en quarante-huit heures, il observa 13 cas de poliomyélite certaine et 146 cas de poliomyélite abortive. Les 13 cas certains se décomposaient en 3 décès avec paralysie, 3 cas de paralysies suivis de guérison. 7 cas de méningite. Les 146 cas de poliomyélite abortive comprenaient 41 cas d'entérocolite fébrile, 105 cas d'états fébriles dont 1/3 avec méningisme. Dans ces 146 cas, on n'a pu, en raison des difficultés du moment et aussi parce qu'ils étaient des cas de ville, faire la démonstration péremptoire de leur nature poliomyélitique, mais les considérations épidémiologiques faites *a posteriori* ont permis à Pache de les rattacher avec probabilité à la poliomyélite.

Ces considérations sont les suivantes : alternance de cas avec méningisme dans le même milieu et au même moment avec des entérocolites fébriles ; états fébriles dans une famille où il y a 1 cas de poliomyélite avérée ; entérocolite fébrile dans une maison et trente jours après poliomyélite mortelle à forme de syndrome de Landry chez une parente (nous savons que le virus poliomyélitique peut être éliminé par les selles plusieurs semaines après la défervescence, cas de Lépine, Sédallian et Mlle Sauter : cent vingt-cinq jours) ; les états fébriles purs ne se sont jamais accompagnés de toux et de bronchite, ce qui serait probablement survenu une fois ou l'autre au cours d'une épidémie de grippe ; l'évolution de ces cas fut toujours bruyante, stéréotypée et très courte.

Il est possible que si on avait fait systématiquement une ponction lombaire à ces malades atteints d'états fébriles ou d'entérocolites, le liquide céphalo-rachidien recueilli eût été pathologique. En 1938, lors de l'épidémie de Cologne, Camerer et Joppich ont pratiqué 136 ponctions lombaires chez les frères et sœurs ou les camarades d'enfants atteints de poliomyélite indiscutable hébergés dans un home d'enfants ; 45 fois le liquide céphalo-rachidien fut pathologique ; 3 fois pléocytose seule, 42 fois pléocytose et hyperalbuminose ; 8 fois réaction du mastix pathologique. De ces 45 enfants, 16 n'avaient pas présenté de troubles morbides, les autres souffraient ou avaient souffert de diarrhée, de pharyngite, de rhumes de cerveau, d'angines et cependant ces derniers enfants n'étaient venus au médecin que sur convocation et non pas spontanément. Camerer et Joppich pensent que l'étude du quotient albumineux, les réactions du mastix effectuées dans tous les liquides céphalo-rachidiens auraient augmenté le pourcentage des cas pathologiques et concluent par généralisation que 60 à 70 pour 100 des personnes au contact de poliomyélite ont un liquide céphalo-rachidien pathologique. Il s'ensuit que tout enfant dans l'entourage d'un malade atteint de poliomyélite est infectieux et pour une certaine part menacé.

Ces formes atypiques, on le conçoit aisément, sont importantes pour expliquer la marche et la dissémination de l'épidémie, d'autant que Paul, Trask et Gard ont mis en évidence, par inoculation à l'animal, que le virus poliomyélitique se concentrait plus souvent dans les matières fécales des malades non paralytiques que dans celles des malades paralysés. Leur existence pose des problèmes difficiles à résoudre notamment en ce qui concerne la prophylaxie de cette maladie et modifie la conception que l'on se faisait de la maladie de Heine-Medin. C'est ainsi que pour Laruelle la poliomyélite est une infection due à un ultravirus identifié pénétrant dans l'organisme par les appareils respiratoires et digestifs, au niveau desquels se manifestent les premiers et le plus souvent les seuls symptômes : c'est la phase ou la *forme extra-neurale* de la maladie de Heine-Medin. Dans certaines conditions seulement, déterminées par des facteurs héréditaires, constitutionnels ou accidentels, ce virus devient neurotrope, gagne les centres nerveux et ses enveloppes et détermine alors la symptomatologie méningée ou paralytique qui constitue la *phase neurale* de la maladie de Heine-Medin.

Ces conditions de réceptivité ont été également étudiées à la faveur des dernières épidémies. Maladie hydrique, la poliomyélite surviendra surtout pendant les mois chauds de l'année, avec cependant un maximum dans nos pays au mois de Septembre. En plus des causes déclenchantes déjà connues telles que les lésions préalables des muqueuses naso-pharyngées ou intestinales, les auteurs allemands et suisses insistent particulièrement sur les dangers de l'exposition au soleil après les bains de rivière ou de lacs et sur le surmenage musculaire. En 1937 (Allemagne du sud) de Rudder et Petersen décrivent une épidémie survenue dans un internat de 107 jeunes gens de 13 à 19 ans. Les 2 et 3 Juillet, 11 élèves, quelques jours après avoir participé à une fête sportive fatigante, tombent malades : 3 de poliomyélite typique avec paralysies, 8 présentent des manifestations grippales. Le 6 Juillet, brusquement, peu après une deuxième fête sportive, survient une deuxième vague morbide avec 1 cas de paralysie et 5 cas abortifs. A l'occasion de la fermeture de l'internat surviennent 2 nouveaux cas abortifs après de nouvelles exhibitions sportives. Enfin un écolier, qui avait pris part à toutes les compétitions sportives, fait le 18 Juillet une paralysie poliomyélitique typique. Laruelle a également observé des cas de poliomyélite grave survenant chez des enfants ou des adolescents à la suite de marches prolongées, d'un entraînement intensif en vue de compétitions sportives. Dans 3 cas notamment, concernant des jeunes gens de plus de 20 ans, le rôle de ce facteur a paru indiscutable à Laruelle, la maladie étant survenue chez l'un à la suite d'un entraînement intense pour un concours de natation. Ces 3 cas ont d'ailleurs évolué sous forme d'une myélite ascendante, et chez 2 de ces sujets sous forme d'une maladie de Landry mortelle.

Il est certain que certaines races sont plus réceptives au virus de la poliomyélite (races nordiques, anglo-saxonnes). Certaines familles semblent plus aptes à contracter cette maladie et l'importance du facteur sanguin a été étudiée récemment. Il semble que les sujets du groupe B soient moins réceptifs ou présentent des formes généralement plus atténuées de la maladie. Les sujets de ce type paraissent avoir un pouvoir protecteur plus grand, c'est-à-dire une faculté d'immunisation supérieure à celle des sujets d'autres groupes sanguins. Le sérum des sujets normaux comme celui des convalescents de ce groupe a un pouvoir neutralisant du virus nettement supérieur à celui du sérum des autres groupes (Laruelle).

***

Ce qui a retardé considérablement les progrès dans la connaissance complète de la poliomyélite ce sont ses conditions de transmission. Le seul animal réceptif jusqu'à présent est le singe, animal coûteux et difficile d'entretien. On a soupçonné certains animaux d'être des réservoirs de virus et on a envisagé le rôle d'insectes piqueurs. Mais toutes les tentatives de conférer le virus poliomyélitique au cheval, au porc, au veau ont échoué. Cependant en 1937, Armstrong, à Lansing, a pu transmettre au « cotton rat » un virus poliomyélitique à point de départ humain. Cette souche dite « souche Lansing » est entretenue dans différents laboratoires, notamment à l'Institut Pasteur de Paris. G. Stéphanopoulo, Duvolon et Etévé ont montré que l'inoculation intracérébrale de ce virus permettait de conférer à la souris la poliomyélite après une phase d'incubation soit de trois à six jours, soit de neuf à treize jours. Après une phase paralytique observée dans 52 pour 100 des cas, la mortalité atteint 92 pour 100. Du deuxième au trentième jour le névraxe est virulent. Les lésions histopathologiques sont plus diffuses que les lésions classiques de poliomyélite. Le singe serait réceptif à cette souche de virus.

Les travaux récents des bactériologistes de Stockholm, sous l'impulsion de Kling, ont permis de serrer de plus près le problème du virus poliomyélitique. Ils ont pu arriver à démontrer la proche parenté, sans qu'il y ait identité, de l'ultravirus de la poliomyélite, avec ceux de maladies neurotropes affectant certains animaux, telles que la poliomyélite spontanée de la souris ou maladie de Theiler et la poliomyélite du porc ou maladie de Teschen. Pour cela, ils ont utilisé le microscope électrotonique de Siemens.

A. Tiselius et Sven Gard ont préparé du virus purifié à partir du matériel poliomyélitique de l'homme (virus naso-pharyngé et virus du contenu intestinal) et de la souris atteinte de poliomyélite spontanée (maladie de Theiler). Dans tous les échantillons, ils ont observé la présence de filaments très fins d'apparence uniforme. La longueur de ces filaments dont chacun constitue en réalité un faisceau de filaments élémentaires pelotonnés et accolés est variable et semble dépendre, dans une certaine mesure, de l'état de pureté du virus. Il faut de très grandes dilutions de virus pour arriver à voir des éléments isolés. La longueur du filament est d'environ de 15 millicrons, son épaisseur de 5 millicrons, c'est-à-dire 5 millionièmes de millimètre. Ces deux virus, celui de la souris et celui de l'homme, ont des caractères physiques semblables. Chimiquement ces filaments répondraient à une molécule d'albumine semblable à celle des nucléo-protéines et s'apparenterait ainsi à la molécule du protéide-virus de la mosaïque du tabac. Ces structures filamenteuses, qui ont été retrouvées dans les centres nerveux, dans l'intestin de sujets humains ou d'animaux atteints de poliomyélite, ont pu être isolées, purifiées et soumises à des épreuves de transmission. Ces recherches et ces contrôles permettent de croire que ces structures révélées par le microscope électrotonique sont le support morphologique des propriétés spécifiques de l'ultravirus poliomyélitique (Laruelle).

Ainsi ces acquisitions nouvelles ont pleinement confirmé ce qui n'était qu'une hypothèse il y a une dizaine d'années. Elles permettront sans doute des applications heureuses à la prophylaxie et à la thérapeutique de la poliomyélite.

ANDRÉ PLICHET.

BIBLIOGRAPHIE

H.-L. PACHE : La poliomyélite épidémique et ses nombreux cas abortifs. Yverdon, 28 Août-13 Octobre 1941. *Revue médicale de la Suisse romande,* 25 Mai 1942, n° 5, 385-409. — M. L. LARUELLE : La maladie de Heine-Médin. *Le Scalpel,* 30 Novembre 1943, n° 30, 403-413. — C. KLING, G. OLIN, J. FARRAEUS et G. NORLIN : Sawage as a carrier and disseminator of poliomyélitis virus. *Acta Medica Scandinavica,* 1942, vol. **112**, fasc. III-IV, 217-264 ; *Bulletin de l'Institut Pasteur,* Janvier 1944, **42**, nos 1-2.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 Octobre 1943 [1].

La mise en évidence d'une action de la vitamine C sur a cellule vivante, grâce à l'intervention de l'adrénaline. — M. P. Joyet-Lavergne. La présence d'une certaine quantité d'adrénaline dans la cellule vivante peut lui permettre d'utiliser un supplément de vitamine C pour augmenter le système de ses oxydations. Pour les types cellulaires étudiés, ce supplément de vitamine C était inutilisable en l'absence d'adrénaline.

Un nouveau test bactériologique pour l'appréciation de la qualité des eaux de boisson: l'indice typhogène. — MM. H. Violle et J. Fricher. Résultats : 1° la survie du bacille typhique est maxima dans l'eau stérilisée à 120° et minima dans l'eau nature, les résistances intermédiaires de ce bacille étant représentées par son contact avec l'eau tyndalisée à 80° et l'eau filtrée sur bougie L4; 2° il n'y a aucun rapport apparent entre le taux de la colimétrie et la durée de la persistance de l'Eberth; 3° l'indice typhogène est la durée exprimée en heures de la persistance du bacille d'Eberth dans une eau à 37°. Plus cet indice sera élevé, plus l'eau sera considérée comme dangereuse. Cet indice sera surtout utile pour la région de la colimétrie comprise en 10 et 100.

Solubilité et structure des composés antigène-anticorps. — M. D. Dervichian.

11 Octobre.

L'équilibre protéinique en fonction des processus pathologiques. — M. M. Piettre. Tout état pathologique se signale par des modifications physico-chimiques et chimiques plus ou moins importantes du sérum sanguin et des humeurs qui en dérivent. Parmi les modifications de composition chimique, la plus intéressante est certainement la constante élévation de la teneur en myxoprotéine, témoin du trouble profond des réactions organiques et qui s'accompagne toujours d'une peptisation plus ou moins importante de la protéine hydrophobe, la sérumglobuline. Les premières recherches établissent que chaque sérum exige une étude à part aussi bien de sa composition chimique que de ses propriétés physico-chimiques, et cela à toutes les étapes du processus pathologique envisagé.

26 Octobre.

Microméthode de dosage de l'alcool dans le sang prélevé sur le vivant. — M. H. Griffon. Le sang, prélevé par piqûre du lobe de l'oreille ou du doigt à l'aide d'une pipette capillaire, est introduit dans l'appareil où il est porté à 100° et soumis à un courant d'air qui entraîne l'alcool et le fixe par barbotage dans une solution nitro-chromique titrée en excès. L'alcool, au fur et à mesure de son arrivée, est oxydé quantitativement jusqu'au terme acide acétique. Un dosage en retour indique le volume de liqueur chromique consommé, d'où la teneur du sang en alcool.

La durée d'exécution d'un dosage est de 1 heure environ, comprenant 5 à 8 minutes de travail effectif. Cette méthode, qui ne recourt pas aux distillations habituelles et met à profit l'oxydation quantitative et instantanée de l'alcool, se prête excellemment aux déterminations en série. Elle est susceptible de rendre des services pour les recherches de biochimie et le diagnostic de l'ivresse.

Rôle du cuivre dans l'utilisotion de l'acide ascorbique par le cobaye. — MM. E. Lesné, M. Polonovski et S. Briskas. L'addition d'ion cuivré au régime scorbutigène empêche, chez le cobaye, l'apparition des signes osseux et périarticulaires scorbutiques et les fait rétrocéder lorsque leur incorporation est postérieure à l'apparition du syndrome d'avitaminose. On admet que le cuivre intervient, notamment sous forme de coenzyme de l'ascorbodéhydrase dans le processus de transport de l'hydrogène par des composés à structure diénolique du type de la vitamine C.

Sur la théorie des sensibilités différentielles. — M. Y. Le Grand.

Sur l'emploi des gaz, poussière et vapeurs en thérapeutique. L'atmothérapie. — M. L. Bory. J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

20 Juin 1944.

De l'immunité naturellement acquise en général et en particulier de l'existence dans le sérum de certains animaux domestiques d'anticorps possédant des propriétés neutralisantes à l'égard des antigènes correspondants: toxines, ferments microbiens, ultra-virus. — M. G. Ramon montre que les sérums dits normaux des hommes et des animaux domestiques peuvent contenir un grand nombre d'anticorps ; il y a là une confirmation éclatante de la conception de la production simultanée des anticorps (opposée à la conception de la concurrence des antigènes) et du principe de la méthode pratique des vaccinations associées. Cette notion de l'immunité naturellement acquise explique une série de faits. Les individus étant capables de posséder un degré d'immunité antidiphtérique naturellement acquise de plus en plus élevé à mesure qu'ils avancent en âge, on comprend la moindre fréquence habituelle de la diphtérie chez l'adulte. L'antitoxine antitétanique naturellement acquise manque chez les équidés et est abondante chez les ruminants, d'où la fréquence et la gravité du tétanos chez les premiers. L'expérimentateur tiendra compte des erreurs construées par la présence possible d'antitoxine diphtérique naturellement acquise chez le singe, d'antitoxine staphylococcique chez les cobayes et les lapins; d'autre part, il choisira pour produire le sérum antidiphtérique des chevaux ayant déjà une certaine immunité naturelle de base révélée par la réaction de Schick.

Nature, genèse et transformations des protéides sanguins à l'état normal et pathologique. — M. Bierry montre qu'à côté des associations protéiques organogéniques existent des protéines de formes diverses ; certaines représentent de simples dépôts, d'autres jouent un rôle important dans les processus biologiques; les protéides sanguins qui assurent les liaisons à travers le courant vital sont des édifices plastiques dont la stabilité est réglée par des équilibres réciproques et qui sont appropriés par cela même à leur rôle dans les mutations incessantes de l'organisme.

Inconvénients de la culture individuelle du tabac. — M. Delacroix rappelle que l'unité de grandeur des masses de tabac traitées par la régie est 10.000 kg.; cette quantité est indispensable pour permettre les fermentations qui abaissent le taux de nicotine tout en équilibrant sa répartition et pour assurer la conservation du produit fini; le tabac obtenu par les particuliers avec des graines non sélectionnées ou dégénérées est un produit qui risque d'être beaucoup trop fort ou très altérable et peut présenter des inconvénients.

Etude biologique et biochimique de « Microsporum lanosum », « var. album ». — MM. A. et R. Sartory et Anselme.

27 Juin.

Les tumeurs angiomateuses sous-cutanées de la poule; leur transmissibilité. — MM. Roussy, M. et P. Guérin expliquent par la présence d'un virus le développement, chez la poule, de 3 tumeurs angiomateuses sous-cutanées extrêmement rares; dans 2 cas, leur relation avec un virus leucémique est probable; dans le 3e, l'existence d'un virus permet de comprendre l'apparition de tumeurs de types histologiques différents sur le même animal et la transmission de la tumeur angiomateuse à une autre poule; cette prolifération tumorale de divers éléments d'origine mésenchymateuse sous l'influence d'un même virus est un caractère biologique qui appartient en propre aux tumeurs des oiseaux.

A propos de la stérilisation de l'eau potable. — M. Tanon indique un procédé simple qui permet de conserver l'eau en bouteille au moins un mois ; dans un litre d'eau, on met une bonne cuillerée à café d'eau de javel; on verse la solution-mère dans une 2e bouteille et on égoutte la 1re légèrement, puis on la remplit de l'eau qu'on veut garder; ce qui reste de la solution-mère adhérant aux parois se dilue dans l'eau et réalise une javellisation à faible dose; on reprend la 2e bouteille; on la vide dans une 3e; on met de l'eau dans la seconde et ainsi de suite.

Régression de l'endémie brucellaire d'origine bovine en Franche-Comté. — M. Ledoux a signalé en Franche-Comté, en 1930, le 1er foyer français endémique de brucellose résultant d'une contamination par bovins atteints d'avortement épizootique ; ce foyer n'avait cessé de s'étendre jusqu'en 1938; depuis 1942, il présente une diminution brusque qui coïncide avec la régression des brucelloses animales (efficacité des vaccinations, livraison des vaches avorteuses à la réquisition).

Les graines torréfiées de soja et de lupin dans la préparation de l'infusion de café. — M. Guillaume conseille d'associer le soja, le lupin bleu et le café; ce mélange, qui est excellent, a une teneur en caféine égale à celle du café décaféiné d'avant-guerre.

L'infection botulique du porc. — M. Legroux et Mme Jéramec montrent que la bactériémie digestive est très abondante chez le porc nuurri peu avant l'abatage, alors que le sang des porcs à jeun est stérile. Il est donc bon de laisser les porcs à jeun 48 heures avant de les abattre, lorsqu'on veut conserver leur chair d'une façon prolongée.

Nécessité de réglementer la teneur en acide sulfureux des produits dits « concrètes de fruits ». — MM. Kling et Pichard montrent que les pulpiers utilisent des solutions de SO^2 pour conserver les pulpes de fruits ; aucune réglementation n'existe pour les pulpes et les concrètes qui contiennent une quantité excessive de SO^2, alors que la teneur des fruits en SO^2 est réglementée; il faudrait interdire les mélanges d'eau et de SO^2 et y substituer une solution de bisulfite de soude de façon à ce que la teneur de la concrète en produits sulfureux ne dépasse pas celle qui est tolérée pour les fruits.

Election de 2 correspondants nationaux dans la 6e division (pharmacie). — Sont élus MM. Lespagnol (Lille) et Ronchèse (Nice).

4 Juillet.

Sarcome ou épithéliome mammoire. — MM. Hartmann, M. et P. Guérin présentent 2 observations de tumeurs du sein qui étaient cliniquement des sarcomes typiques ; l'une a récidivé et la récidive a été nettement épithéliomateuse bien que l'examen histologique de la première tumeur ait montré un aspect de lymphosarcome; on peut se demander dans ces conditions si les lymphoblastomes du sein ne sont pas des épithéliomas de forme cellulaire anormale.

Anémie protidique et anémie globulaire. — MM. M. et J. Loeper, d'après l'étude de 20 cas, montrent que les anémies peuvent être classées en 3 groupes: 1° les anémies par saignée ou par hémorragie qui sont des anémies totales ou concordantes ; la chute des albumines est parallèle à celle des hématies mais le taux des albumines se relève plus rapidement; 2° les anémies secondaires aux affections cachectisantes qui peuvent être des anémies discordantes ; l'anémie globulaire est constante, l'anémie protidique existe rarement et peut être masquée momentanément chez les tuberculeux comme chez les cancéreux par des décharges de protides; 3° les anémies d'ordre proprement hémopathique, généralement dissociées, sans rapport entre l'anémie globulaire et l'anémie protidique.

Résultats d'examens radiologiques systématiques itératifs. — M. Rouvillois présente une note de MM. Bidermann, Alibert, Méry et Paillas, qui, au cours d'une première série d'examens radioscopiques systématiques, ont examiné 56.500 cheminots et ont découvert 123 cracheurs de bacilles sans antécédents tuberculeux connus, soit 22 pour 10.000. La proportion des cas dépistés lors des examens itératifs a augmenté avec l'intervalle compris entre ceux-ci et les premières radioscopies systématiques: 3 pour 10.000 après 1 an, 5 après 15-18 mois, 9 après 2 ans. Il semble que la plupart des malades dépistés par les examens radioscopiques systématiques sont atteints de tuberculose vraiment latente et non, comme on l'a prétendu, d'une tuberculose qui aurait été reconnue peu après à l'occasion d'une manifestation clinique.

Diabète insipide traité et guéri par l'électro-choc; néphrose vaso-motrice consécutive. — MM. Drouet, Hacquard, Herbeuval et Simonin rapportent l'observation d'une femme atteinte depuis 7 mois d'un diabète insipide sans étiologie connue; elle fut traitée par 7 séances d'électrochoc; 3 jours après la fin du traitement, la soif et la polyurie disparurent totalement mais, quelques jours plus tard, on constata l'apparition d'un syndrome de néphrose vaso-motrice qui céda progressivement au repos et au régime, l'albuminurie disparaissant la dernière.

Traitement des symptômes paraphylactiques (anaphylactiques) par l'atropine-antergan. — M. Danielopolu.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

28 Juin 1944.

Influence de l'opium sur le shock. — M. Welti rappelle que les travaux de Crile ont montré l'avantage de l'emploi d'opium dans le traitement du shock.

Sciatique par hernies discales. — M. Luzuy. M. Sicard, rapporteur, expose la fréquence des hernies discales et les beaux résultats de leur traitement chirurgical. Le nombre de sciatiques dont l'origine demeure encore inconnue est cependant considérable.

— M. Richard insiste sur les inconvénients douloureux de l'emploi du lipiodol. Nombre de sciatiques relèvent d'une sacro-coxalgie ignorée.

— MM. Welti et Petit-Dutaillis insistent également sur le fait que le lipiodol-diagnostic ne doit être fait que juste avant l'intervention. Dans ce cas cette épreuve n'entraîne pas d'accidents car on peut retirer rapidement le lipiodol.

A propos de 2 observations de péritonite à pneumocoques diffuse. — MM. Leclerc et Hubner (Dijon). M. S. Blondin, rapporteur. Les auteurs signalent que les sulfamides paraissent avoir donné des résultats incontestables.

— M. J. Gosset se demande si la sulfamidothérapie intrapéritonéale ne peut pas être à la source de certaines occlusions secondaires.

— M. Soupault a eu d'excellents résultats de la sulfamidothérapie en cas de péritonite aiguë.

Fistule duodénale grave guérie par duodéno-jéjunostomie. — M. Badelon. Il s'agit d'un malade ayant fait à deux reprises une perforation d'un ulcère du bulbe duodénal. Une gastrectomie est faite par l'auteur, mais l'enfouissement du moignon duodénal est difficile et une fistule s'ensuit. Une duodéno-jéjunostomie a supprimé les accidents.

— M. Patel dans 2 cas de fistules a employé 12 g. de chlorure de calcium et 15 unités d'insuline en employant par ailleurs l'aspiration continue.

— M. Huet insiste sur l'intérêt d'évacuer l'anse afférente par duodéno-jéjunostomie.

Sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë par la résection diaphysaire. — M. Leveuf, revenant sur la question, insiste sur le fait que la réaction d'une diaphyse, même imposée par des signes cliniques évidents, est une décision opératoire importante et qu'on ne peut étendre à tous les cas. L'auteur pense qu'on peut souvent l'éviter. Il ajoute qu'il est difficile d'apprécier la valeur de l'os sous-jacent par la simple inspection directe après incision de l'abcès. Enfin la résection n'est pas sans dangers : pseudarthroses, suppurations prolongées, déformation du membre. Il faudrait des statistiques plus étendues pour juger vraiment de sa valeur.

— M. Richard précise les échecs qu'il a observés après cette opération.

Quatre cas de hernie des disques intervertébraux. — M. Escarras.

Anévrysme artério-veineux du triangle de Scarpa. Présentation de malades. — M. Sénèque.

5 Juillet.

Diabète grave après thyroïdectomie pour Basedow. Guérison par insuline et extrait thyroïdien. — MM. Herbert et Trepsad. M. Welti, rapporteur, discute la pathogénie de ce cas qu'il rapproche de certains faits observés après tumeur de l'hypophyse. La thyroïdectomie peut être efficace même chez des diabétiques.

Névrome de C., — M. Truffert présente une intéressante observation de cette localisation rare des névromes.

Cancers du sein avec adénopathie. Amputation large puis rœntgenthérapie. Résultats. — MM. Quénu et Ronsin ont rassemblé 128 observations. 21 malades ont été perdues de vue. Quand les ganglions sont intacts, il y a 55 pour 100 de survies après 5 ans. Lorsqu'ils se montrent envahis, les survies sont encore de l'ordre de 16 pour 100. Donc il y a une grosse amélioration sur les anciens résultats.

— M. Roux-Berger étudie actuellement les effets de la rœntgenthérapie et montre les difficultés d'une juste appréciation de celle-ci : doses élevées à employer car le cancer du sein est relativement assez résistant aux radiations et il est difficile d'apprécier réellement la stérilisation de la tumeur.

La place de la stomatoplastie par évidement commissural (opération de Pozzi) dans le traitement de la stérilité. — M. Rouhier insiste, à l'aide de 3 belles observations, sur le rôle excellent de la stomatoplastie chez des femmes indemnes d'infection génitale à gonocoques. Précédée d'une dilatation à la bougie, elle guérit les stérilités dues à la sténose du col et au bouchon muqueux qui empêche la conception. L'auteur a revu une centaine de cas de Pozzi. Il précise les indications, la technique et les limites de la méthode.

— M. Douay a obtenu 15 à 20 pour 100 de bons résultats de cette intervention. Il étend le débridement à l'orifice interne du col et utilise un calibrage par sonde spéciale. Mais il est nécessaire d'avoir étudié d'abord la perméabilité tubaire par insufflation.

Amputation interilio-abdominale pour un lipocytome de la cuisse. — M. Massé (Bordeaux). M. Menegaux, rapporteur. L'auteur a obtenu ainsi un très beau résultat.

A propos du procès-verbal. — M. Rudler communique le résultat de ses premières expériences. 15 g. de sulfamides mis dans le péritoine du rat déterminent, en 5 jours, une desquamation marquée.

Présentation d'appareil. — M. Rouhier.

J. Calvet.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

30 Juin 1944.

Staphylococcie pleuro-pulmonaire primitive à évolution foudroyante. — Mlle Schweisguth et M. A. Piérart relatent l'observation d'une jeune femme toujours bien portante, ayant présenté un tableau de pneumonie maligne hyperalgique, avec épanchement pleural purulent à staphylocoque pur, ayant entraîné la mort en 4 jours. L'autopsie montre de petits abcès pulmonaires multiples dans un état hémorragique diffus du parenchyme et l'intégrité des autres organes. Ils discutent le rôle pathogène possible du staphylocoque.

— M. Lemierre rappelle que l'on trouve toujours des localisations pulmonaires dans les septicémies à staphylocoques et qu'elles sont souvent la cause de la mort. Fréquemment on rencontre des abcès miliaires du poumon, véritables furoncles du poumon, qui peuvent confluer.

Variation du taux de l'acide ascorbique surrénal chez le cobaye et le rat hypophysectomisés. — M. G. Poumeau-Delille a observé chez le rat hypophysectomisé une baisse de la moitié du taux de l'acide ascorbique dans la surrénale atrophiée de ces rats, sans accidents cliniques. Par contre, chez le cobaye hypophysectomisé, le taux d'acide ascorbique surrénal ne s'abaisse pas. Mais l'hypophysectomie est suivie dans les 2 semaines qui suivent d'accidents mortels dont l auteur discute la nature : hypoglycémie, insuffisance surrénale.

Volvulus gastrique par invagination d'un volumineux adénome brunnerien. — MM. Gouverneur, Dérot, Duperrat et Bourdy présentent une observation très curieuse d'adénome brunnerien pesant 200 g. et ayant donné lieu à une symptomatologie très complexe. Cette volumineuse tumeur, dont le point d'implantation était le pylore, s'invaginait à certains moments à travers le duodénum et le début du grêle. Il en résultait un syndrome douloureux abdominal avec vomissements très abondants. Au palper, certains jours, la tumeur n'était pas perçue, d'autres jours elle paraissait siéger dans l'hypocondre droit, d'autres enfin elle s'accolait au rein gauche, simulant ainsi une volumineuse hydronéphrose. La radiographie ajoutait à la séméiologie une image d'estomac en hélice, par suite d'une plicature suivant un axe horizontal dont le résultat était de placer la région de l'antre pylorique dans une position telle que la petite courbure était située en bas et à gauche tandis que la grande courbure regardait en haut et à droite. L'intervention chirurgicale permit l'ablation de la tumeur, ce qui entraîna la disparition de tous les troubles accusés par le malade.

La périarthrite de l'épaule à forme antérieure. — MM. F. Coste, M. Gaucher et L. Durupt. L'aspect clinique de la périarthrite scapulo-humérale semble avoir changé depuis cette guerre : à la place de la tendinite (avec ou sans calcification) et des ruptures du tendon sous-épineux mises au premier plan par Codman, des périarthrites à symptômes diffus et des associations de périarthrites et de névralgie cervico-brachiale surtout décrits avant 1939, on observe aujourd'hui, à Paris du moins, avec une grande fréquence, une forme antérieure dont les symptômes très spéciaux semblent désigner comme lésion originelle une tendinite d'insertion du coraco-biceps et surtout du sous-scapulaire. La névralgie cervico-brachiale est devenue rare.

Les auteurs discutent les facteurs étiologiques les plus vraisemblables (refroidissement, port de paquets, autres microtraumatismes, restrictions alimentaires et amaigrissement musculaire). Mais il faut reconnaître que l'on ne trouve dans certains cas aucun des ces facteurs. Le traitement de ces périarthrites est en général décevant; elles finissent par guérir, mais souvent après une longue et tenace évolution. Radiothérapie, diathermie, infiltration anesthésique stellaire échouent fréquemment. La novocaïnisation intra-articulaire et *loco dolenti* semble être le procédé le plus efficace, ses résultats sont d'autant meilleurs qu'on l'utilise plus près du début de la périarthrite.

— M. Lenègre souligne la grande fréquence de la périarthrite de l'épaule chez les angineux et les artériels en général. Elle siège d'ordinaire à gauche, parfois à droite ou encore des deux côtés. Fréquemment crises d'angor et poussées de périarthrites coexistent. Peut-être un mécanisme artériel ou artérioscléreux est-il en jeu à l'origine de la périarthrite scapulaire.

— M. Flandin se félicite des résultats donnés par l'acupuncture chinoise dans ces cas.

— M. Coste n'en peut dire autant.

La colchicine intraveineuse dans la goutte. — MM. F. Coste et L. Durupt. La rareté actuelle de la goutte rend aujourd'hui malaisée toute étude sur cette maladie. Toutefois, l'action des injections intraveineuses de colchicine a été éprouvée sur 7 goutteux francs. De cette courte expérience, qu'il faudra poursuivre, il ressort que la colchicine veineuse guérit l'accès aussi bien, sinon mieux, que le colchique ou la colchicine *per os* et qu'il le guérit sans diarrhée. Cela montre une fois de plus que la diarrhée n'est pas nécessaire à l'action curatrice du colchique et l'on peut prévoir que la voie veineuse méritera d'être substituée à la voie digestive chez la plupart des goutteux.

— M. Lenègre confirme la bonne tolérance à la colchicine intraveineuse.

Sur les effets d'une imprégnation plombique expérimentale. — M. F. Coste, Mlle Tissier et M. A. Pelou. Les injections de sels plombiques faites dans un but thérapeutique permettent de suivre chez l'homme la marche de l'imprégnation plombique et de préciser la dose-seuil de toxicité, ainsi que la valeur des tests usuels de l'intoxication. On a constaté de la sorte que des malades recevant pendant 7 et 9 mois, sous forme de diéthylphosphate, des doses journalières très supérieures à la dose-seuil admise par Legge, Kehoe, etc., ne présentaient aucun stigmate de saturnisme. Leur plombémie oscillait entre 70 et 90 γ pour 100, ce qui, d'accord avec Duvoir, Dérobert et Hadengue, montre bien que le risque de saturnisme est loin de commencer à partir du taux de 60 γ dans le sang.

Leurs éliminations urinaires et fécales de plomb ont été précisées. Les hématies ponctuées n'ont apparu que chez une malade sur 7, alors qu'elle avait reçu, par les veines, 2 g. 35 de plomb métal en 9 mois et 10 jours. La porphyrinurie s'est montrée un test précoce, mais variable et infidèle pour des imprégnations de cet ordre de grandeur. L'étude de l'imprégnation plombique expérimentale apporte donc des compléments utiles à notre connaissance du présaturnisme.

Hypertrophie thyroïdienne diffuse survenue simultanément chez 3 frère et sœurs. — MM. A. Ravina, Y. Pécher et Ch. Duvelleroy. Présentation de malades.

Septicémie à streptocoque viridans grave et prolongée chez une cardiaque. Traitement sulfamidé (2090 RP et 2632 RP) compliqué d'agranulocytose totale. Guérison. — MM. M. Mouquin, C. Macrez et F. Alison. Chez une ancienne rhumatisante atteinte de cardiopathie mitrale s'est instituée, à l'occasion d'un avortement, une septicémie à streptocoque viridans avec déterminations pleurales et cutanées. L'hémoculture, contrôlée à 9 reprises, est restée positive pendant près de 3 mois. Le 2090 RP (thiazomide) s'avérant insuffisant, il fallut recourir au 2632 RP (méthyldiazine). Après l'absorption de 300 g. du premier et 410 g. du second, la septicémie céda enfin, mais soudain éclata une agranulocytose totale (disparition complète des polynucléaires dans le sang, raréfaction considérable des myélocytes dans la moelle sternale), remarquable par sa pureté et par sa réparation rapide, obtenue en 5 jours. Après 4 mois, la septicémie se conclut par la guérison sans que la cardiopathie se fût modifiée.

La gravité de l'infection à streptocoque viridans, l'importance des doses de sulfamide nécessaires, l'accident agranulocytaire font l'intérêt de ce cas qui se présentait comme une maladie d'Osler et pour lequel seule l'évolution favorable empêche d'admettre une telle interprétation.

Addendum à la séance du 23 Juin.

Mélanosarcome du foie avec mélanodermie pseudo-addisonienne et mélanurie consécutives à un mélanosarcome du rectum. — MM. C. Lian, Fred Siguier et A. Girault. Une femme de 60 ans remarque sur la région anale une petite tumeur saillante de la taille d'un champignon et subit de la part d'un chirurgien une exérèse très limitée. 2 mois plus tard, tandis que l'état général fléchit, l'abdomen est déformé par la masse d'un foie énorme et bosselé et il se développe sur la face et les avant-bras une pigmentation de plus en plus accentuée, aussi franche que la plus intense mélanodermie addisonienne. De plus, la malade émet des urines noires d'emblée contenant de la mélanine en quantité importante (3 g. 10 par 24 heures) sans adjonction d'autre pigment. Les urines recueillies par sondage revêtent le même aspect. L'autopsie révèle l'existence de tumeurs mélaniques du foie et de la rate, l'absence de toute pigmentation anormale des surrénales, de la vessie et des reins et l'existence d'une tumeur ano-rectale n'ayant pas les caractères macroscopiques d'un mélanosarcome. L'examen histologique vérifie le diagnostic de mélanosarcome du rectum et du foie et l'intégrité des reins.

Remarques concernant le point de départ de la mélanodermie et la mélanurie observées au cours du mélanosarcome du foie. — MM. C. Lian, Fred Siguier et A. Girault. La majorité des observations de mélanosarcome du foie succèdent à une tumeur primitive de la choroïde ou de la peau. Toutefois, un certain nombre d'entre eux peuvent relever d'une localisation aberrante du mélanosarcome responsable : région anorectale, vulve, verge, mélanome sous-unguéal. Le tableau clinique du mélanosarcome du foie ne comporte en règle générale aucune pigmentation anormale de la peau. Cependant, il est possible de voir se développer une mélanodermie pouvant revêtir tous les caractères de la mélanodermie addisonienne avec atteinte des muqueuses. Pour expliquer le développement de cette mélanodermie, l'autopsie n'a permis d'invoquer dans le cas rapporté par les auteurs, ni infiltration du plexus solaire, ni atteinte de l'hypophyse, ni lésion des surrénales, ce qui incite à la considérer comme directement liée aux perturbations pigmentaires déclenchées par la mélanosarcome. Quant à la mélanurie, elle ne revêt pas toujours les caractères classiques qu'on lui assigne au cours des mélanosarcomes du foie; les urines peuvent en effet être émises noires d'emblée; on ne peut toujours dans ces cas invoquer une atteinte rénale qui manque dans l'observation des auteurs. Aussi ces derniers ont-ils tendance à la subordonner, comme la mélanodermie, aux variations des troubles du métabolisme pigmentaire, peut-être sans doute l'influence du jeu des oxydations *in vivo*.

7 Juillet.

Nouvelle tuberculine concentrée pour percuti-réactions. — MM. Marcel Lelong et A.-C. Maclouf, utilisant une nouvelle tuberculine concentrée spécialement préparée par M. Boquet, de l'Institut Pasteur, ont étudié comparativement la cuti et la percuti-réaction sur 343 enfants. Ils ont simplifié la technique habituelle en réduisant le temps de décapage et le temps de friction. Dans ces conditions la percuti-réaction est d'exécution presque aussi simple que la cuti-réaction; la lecture des résultats est exempte de causes d'erreur, car il n'y a pas de réponses douteuses; la réaction persistant plus de 8 jours, le médecin dispose d'un plus grand délai de lecture; l'autorisation des parents n'est pas nécessaire; la sensibilité de la réaction est légèrement supérieure à celle de la cuti-réaction; elle est égale à celle de l'intradermo-réaction.

La prothrombinémie dans les ictères du nouveau-né et du nourrisson. — MM. Marcel Lelong, A. Rossier, J.-P. Soulier et Le Tan Vinh ont dosé la prothrombine à l'aide de la micro-méthode de Soulier dans le sang de 18 nourrissons atteints de diverses variétés d'ictère.

Dans l'ictère physiologique, la remontée du taux de prothrombine après la chute des premiers jours se fait chez le nouveau-né ictérique de la même façon que chez le nouveau-né non ictérique pris comme témoin, la réascension vers la normale de la prothrombinémie est parallèle à la réascension du poids. Dans un cas d'ictère prolongé associé à une anémie curable du nouveau-né, la prothrombine a évolué normalement; il en a été de même dans un cas mortel d'ictère grave congénital avec érythroblastose : cette affection n'est pas une maladie du foie.

A la constance des taux normaux dans les syndromes physiologiques ou s'apparentant à la crise physiologique de la naissance s'opposent les résultats variables donnés par les ictères pathologiques, liés à une hépatite infectieuse dégénérative (infections, syphilis) ou à une agénésie des voies biliaires retentissant plus ou moins sur le parenchyme.

La résistance de l'hypoprothrombinémie à l'apport de vitamine K paraît être chez le nourrisson un test pratique de l'insuffisance hépatique.

— M. N. Fiessinger cite un exemple qui montre qu'il en est autrement chez l'adulte : chez un cirrhotique ayant présenté des hémorragies multiples avec tous les signes d'une insuffisance hépatique aiguë, l'hypoprothrombinémie faisait défaut.

Traitement des constipations chroniques par l'yohimbine. — MM. J. Dos Ghali, P.-Y. Paley et P. Mathey, partant des expérimentations de Leriche, Fontaine, etc., concernant la sympathectomie dans les dolicho-mégacôlons, ont recherché l'effet d'un alcaloïde sympatholytique, l'yohimbine, employée par voie veineuse dans de tels cas.

Leurs observations à l'écran ont montré que dans le mégadolichocôlon, sous l'effet de l'yohimbine, par voie veineuse, après lavement baryté, l'apparition d'ondes péristaltiques était au moins aussi importante que lors de l'infiltration des splanchniques. Aussi eurent-ils l'idée d'appliquer cette thérapeutique non pas tant au dolicho-mégacôlon, où l'effet pharmacologique fut rapidement épuisé, que dans les constipations chroniques dites essentielles. Leur expérimentation porte sur 11 malades suivis depuis 6 mois; il s'agissait de constipés vrais, depuis 10 ou 12 ans, et sans aucune épine irritative. Dans 6 cas la seule administration buccale d'yohimbine, à la dose de 8 à 12 mg. par jour, par prises isolées de 4 mg. par dose, a suffi à obtenir une selle quotidienne dès le 2e ou le 3e jour du traitement dont la durée est de 15 jours. Dans 5 autres cas, la voie buccale n'ayant pas donné de résultat après 4 jours, ils ont eu recours à la voie veineuse (2 à 4 mg. en 1 fois). Dans tous ces cas le traitement fut de 12 à 15 jours, à raison d'une injection par jour. Les résultats furent comparables aux précédents.

Les auteurs attirent l'attention sur 4 faits : 1° la dose maxima d'yohimbine par voie veineuse est de 2 à 4 mg. selon le poids du sujet; 2° par cette même voie, Dos Ghali et Paley ont obtenu d'intéressants résultats dans 2 cas d'angor pectoris; 3° par voie artérielle, Dos Ghali et Piérart ont noté que l'yohimbine peut être injectée à la dose de 4 à 6 cg. et semblent obtenir de nettes améliorations dans 2 cas d'artérite oblitérante des membres inférieurs; 4° quant aux constipations chroniques, l'yohimbine, par voie buccale ou veineuse, est d'administration facile et semble avoir un effet curateur presque constant.

— M. Justin-Besançon a employé avec succès un isomère de l'yohimbine, la corynanthine, dans 2 cas de dolichocôlon. Il souligne l'intérêt des alcaloïdes de ce groupe dans ces cas. Ils sont bien tolérés, mais manquent encore d'une stabilité suffisante en solution aqueuse.

— M. Hillemand rappelle ses recherches sur ce sujet et pense qu'il serait intéressant de traiter ainsi le mégaœsophage.

— M. Decourt confirme la bonne tolérance des injections intraveineuses de yohimbine dans le goitre exophtalmique à raison de 2 cg. par jour.

— M. Justin-Besançon dit qu'on peut atteindre sans inconvénient 10 cg. par jour. Cette dose se montre utile dans le traitement de l'exophtalmie basedowienne.

— M. Ameuille souligne l'absence en pratique de toute action aphrodisiaque de l'yohimbine.

— M. Perrault fait quelques réserves sur ce point.

Pyopneumothorax au cours d'un cancer latent du poumon. — MM. Duvoir et Poumeau-Delille relatent l'observation d'un malade de 34 ans qui, après un début insidieux, a présenté une pleurésie purulente avec état général très grave. Secondairement survint un épisode brutal répondant à la production d'un pneumothorax et qui entraîna la mort par syncope 36 heures après le début. A l'autopsie on constata que le pyopneumothorax était dû à un cancer du lobe inférieur droit qui avait provoqué une fistule pleurale.

Infiltrations novocaïniques du sympathique cervical dans le traitement de la sclérodermie. — MM. S. de Sèze et Claude Durand ont traité par infiltrations stellaires répétées, d'abord unilatérales puis bilatérales, une malade atteinte de sclérodermie à début sclérodactylique, avec crises vaso-motrices type Raynaud et calcifications sous-cutanées. Les infiltrations furent répétées d'abord 2 fois par semaine, pendant quelques semaines. Une amélioration considérable fut obtenue. En pratiquant alors des infiltrations stellaires presque subintrantes (9 infiltrations stellaires bilatérales en 3 jours) on put réaliser encore un nouveau progrès. Les auteurs insistent sur le caractère durable de l'amélioration obtenue : souplesse des mains, chaleur des extrémités et disparition des crises vaso-motrices, augmentation de l'indice oscillométrique, mobilité du visage, bien-être général et retour global de la malade à l'activité; tous ces symptômes d'amélioration se maintiennent et même continuent à s'accentuer plusieurs semaines après l'arrêt du traitement.

Quelques épreuves biologiques amènent les auteurs à envisager les rapports qui paraissent exister chez les sclérodermiques entre tonus du sympathique, calcémie, fonction des parathyroïdes.

Sur un cas de puberté précoce simple. — MM. Jacques Decourt, R. Laplane et Cl. Béclère. Une fillette de 9 ans et demi présente depuis 6 mois une menstruation régulière et d'abondance plutôt excessive. Les caractères sexuels secondaires, harmonieusement développés, sont ceux d'une adolescente de 13 à 14 ans. Ce syndrome de puberté précoce est remarquablement pur. Il ne comporte pas de macrosomie; la taille de l'enfant n'est que de 1 m. 245, donc tout à fait normale pour son âge. Aucune étiologie précise n'apparaît à l'origine du syndrome. Les radiographies du squelette montrent une précocité anormale de l'ossification des cartilages de conjugaison, qui répond à l'âge de 14 à 15 ans, alors que la taille et les proportions des différents segments du corps répondent à l'âge réel de l'enfant. Les auteurs pensent que la fillette, parvenue à l'âge adulte, présentera le tableau du nanisme brachymélique avec acromicrie dont J. Decourt et J. Guillaumin ont fait récemment l'étude critique.

Accidents nerveux tardifs au cours des brucelloses. — MM. Janbon, Vedel et Chaptal (Montpellier) ont observé chez un garçon de 11 ans, atteint de brucellose, au 10e mois de l'infection, un épisode paroxystique inattendu, fait de convulsions et d'hémiparésie droite qui rétrocéda en quelques heures. Au 15e mois, survint sans cause apparente une crise de vomissements. La guérison paraissait atteinte quand, au 20e mois, s'installa inopinément un coma complet avec contracture rachidienne, athétose, signe de Babinski bilatéral, température subnormale. Le liquide céphalo-rachidien présentait un aspect un peu louche, de la pléocytose (510 éléments) et une énorme hyperalbuminose avec hypoglycorrachie. Une hémiparésie droite avec intégrité de la face et une paralysie du moteur oculaire commun gauche se surajoutèrent. L'acétylcholine amena la rétrocession rapide de tous les symptômes cliniques; mais les altérations du liquide persistèrent durant les 2 mois d'observation consécutifs. La dissociation albumino-cytologique persistait encore 14 mois plus tard. Les auteurs estiment qu'il s'agit là d'accidents paroxystiques dus à une poussée méningée actuelle sur un fond de méningite chronique mélitococcique latente et invoquent l'origine angio-spasmodique des accidents nerveux.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

24 Juin 1944.

L'excitabilité viscérale dans l'avitaminose B₁. — Mmes B. Chauchard, H. Mazoué et M. P. Chauchard, poursuivant leurs recherches chronaximétriques sur la carence B1, décrivent les troubles viscéraux qui, comme les manifestations présentées par les nerfs de la vie de relation ont une évolution diphasique : les perturbations viscérales commandées par les déviations métaboliques (acidose et variations de la glycémie), aboutissent après un stade de parasympathicotonie à un état de sympathicotonie.

Analyse chronaximétrique des troubles neuromusculaires de l'avitaminose E. — MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme H. Mazoué constatent que comme l'avitaminose A, l'avitaminose E provoque une excitation encéphalomédullaire avec dégénérescence musculaire ultérieure d'origine polynévritique, ce qui confirme l'importance de cette vitamine pour les fonctions nerveuses.

Recherches biométriques sur le déclenchement de la métamorphose par injection de thyrosine ou d'hormone thyréotrope chez le têtard de « Rana temporaria ». — M. R. Moricard et Mlle Gothié.

Mobilisation des graisses du foie par l'anaxémie chez l'animal soumis au jeûne. — MM. P. Florentin, R. Grandpierre, P. Grognot et S. Royer.

Influence des extraits d'organes sur l'action trypanocide, in vitro, des arsenicaux. — MM. P. Durel et V. Ratuer.

8 Juillet.

Action immunisante antituberculeuse pour l'espèce bovine d'un bacille acido-résistant type S d'origine humaine. — M. Armand-Delille relate une expérience qui montre l'efficacité du bacille acido-résistant type S pour la résistance du veau inoculé de tuberculose humaine. Alors que le bovin meurt en 2 mois, l'animal préparé reste indemne. Sacrifié 8 mois plus tard, il ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Action comparée de la caséine et de la farine de germe de blé sur la production expérimentale des œdèmes par déséquilibre alimentaire et sur les troubles de l'excitabilité neuromusculaire accompagnant ce syndrome. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et H. Mazoué montrent, par des études poursuivies sur le rat, que l'addition de 20 pour 100 de caséine ou de 40 pour 100 de farine de germe de blé à des régimes œdémogènes suffit presque toujours à empêcher l'apparition des œdèmes. Proportionnellement à la quantité de protides qu'il apporte, le germe de blé exerce une protection plus efficace que la caséine ; il exerce en outre une action rééquilibrante manifeste sur le système neuromusculaire dont la caséine apparaît dépourvue.

Test de Rötter et teneur en vitamine C. — MM. Hugues Gounelle et Albert Vallette ne décèlent après avoir pratiqué l'épreuve de Rötter chez 88 sujets aucune relation précise entre cette épreuve et l'ascorbémie.

L'épreuve intra-dermique de Rötter leur paraît devoir être abandonnée comme procédé de dépistage de la carence latente en vitamine C et ne peut, à cet égard, être substituée aux dosages sanguins de l'acide ascorbique.

Action de l'urine de femme enceinte sur l'excitabilité utérine. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard constatent sous l'effet de l'urine de femme enceinte un allongement marqué du temps d'excitation de la corne utérine de cobaye *in situ* ; ce phénomène paraît dépendre de la présence d'hormone gonadotrope ; il constituerait un test rapide de diagnostic chronaximétrique de la grossesse.

Précisions sur l'action inhibitrice exercée par les antigènes glucido-lipidiques toxiques à l'égard de la diapédèse des polynucléaires. — MM. A. Delaunay, M. Delaunay et J. Pages.

Action de la novocaïne et de quelques-uns de ses dérivés sur la contracture acétylcholinique du muscle de sangsue ; étude de leur activité anticholinestérasique. — MM. R. Hazard, E. Corteggiani et A. Pelou.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

21 Février 1944.

Appendicite et grossesse. — M. P. Ulrich. L'appendice aiguë pendant la grossesse, surtout pendant les derniers mois, est une affection très rare. En revanche le pronostic qui accompagne cette complication à cette période est sombre. La mortalité est 5 fois celle de la femme non enceinte ou au début de la gestation.

Au point de vue thérapeutique, le pronostic de l'expectation est moins favorable dans l'état tardif de la crise appendiculaire pour la grossesse avancée que pour la femme non enceinte ou au début de la gestation. Mieux vaut opérer quand même si on ne veut pas être dépassé par les complications péritonéales et utérines surtout au moment du travail et pendant la puerpéralité.

L'auteur conclut qu'il faut opérer toute femme ou jeune fille ayant eu des crises aiguës ou subaiguës et que cette indication s'étend même aux appendicites, dites chroniques, lorsqu'elles sont nettement caractérisées.

Un signe permettant le dépistage précoce de l'appendicite gravidique serait le signe de la contraction permanente de l'utérus.

Absence congénitale de vagin ; complications urinaires ; interventions (présentation de malade). — MM. Boppe et J.-E. Marcel présentent une femme atteinte d'absence congénitale totale du vagin et d'incontinence complète des urines. Dans un 1er temps on lui constitua un néo-vagin par le procédé autoplastique. Dans un 2e temps, 10 ans après, cure de son incontinence par l'opération de Gœbell-Stœckel modifiée et par voie haute. Résultat très satisfaisant heureusement complété par la faradisation intra-urétrale.

Diaphragme transversal du vagin. Difficultés de diagnostic et de traitement. — MM. Claude Béclère, Marc Iselin et Yver.

Tuberculose vulvaire et stérilité. — M. H. Bedrine (Lille).

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HÉMATOLOGIE

16 Mars 1944.

Myélogramme et granulations toxiques ou pathologiques dans la tuberculose pulmonaire chronique. — M. L. Bethoux insiste sur la valeur diagnostique des granulations toxiques trouvées dans les granulocytes de la moelle des tuberculeux.

Myélose aplasique récidivante chez un enfant. Crise leucémoïde aiguë terminale. — M. P. Dustin (Bruxelles). Observation très remarquable posant une nouvelle fois la question des rapports des myéloses aplasiques et des leucoses aiguës.

Myélome multiple des os à hémocytoblastes. — MM. G. Marchal et L. Mallet. A côté des myélomes plasmocytaires les plus habituels existent d'autres variétés cytologiques. Relation d'un cas de myélome hémocytoblastique dont les rapports avec la leucose aiguë sont envisagés.

Résultats d'une enquête sur le benzolisme dans l'industrie aéronautique. — MM. Jean Bernard et A. Basset. Fréquence des formes frustes, non-aggravation de ces formes frustes dans un grand nombre de cas malgré la persistance du contact toxique, existence de formes graves survenant inopinément chez les sujets bien surveillés. Telles sont les principales conclusions des auteurs.

Sur le sang strié de Sato. — M. Paul Chevallier n'a pu vérifier les affirmations de Sato selon lesquelles les affections striées s'accompagneraient d'une modification spéciale des oxydases et peroxydases leucocytaires.

Un cas de leucose aiguë leucopénique à myélocytes. — MM. A. Cayla, J. Bousser et L. de Montis soulignent la rareté du fait observé par eux. La myélocytose sanguine et médullaire était considérable. La leucoblastose très discrète.

L'erreur dans la numération des hématies. I. L'erreur instrumentale. II. L'erreur expérimentale. — M. J. Nouvel. Étude critique des procédés de mesure et des résultats qu'ils fournissent.

Jean Bernard.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

12 Janvier 1944.

Notice nécrologique. — M. Albert Henry.

Non-transmission transplacentaire de « Spirochæta persica » chez le cobaye. — MM. R. Pirot et M. Bourgain montrent que chez 7 femelles et 16 petits il n'y a pas de transmission spirochétienne transplacentaire des infections à *S. persica* chez des cobayes ayant été inoculés par scarification, d'oreille à oreille, à partir d'un sujet dont le sang contenait de nombreuses spirochètes.

Au sujet du xénodiagnostic de l'infection pesteuse. Son intérêt doctrinal. — M. G. Girard met en parallèle des arguments qui plaident pour ou contre l'hypothèse émise par MM. Blanc et Baltazar qui se demandent si une puce peut s'infecter sur un pesteux dont l'hémoculture est négative.

Prémunition et fièvre bilieuse hémoglobinurique. — M. R. Pans pense que l'état de prémunition antipalustre protège de la fièvre bilieuse hémoglobinurique ; le paludisme évolutif, au contraire, prédisposant à cette grave manifestation.

— M. R. Mantel ne partage pas l'avis de l'auteur ; il a constaté que des sujets soit-disant prémunis faisaient des accidents graves de paludisme suivant l'état plus ou moins déficient de leur organisme.

Sensibilité du rat, par voie pulmonaire, à une souche de typhus murin. — MM. R. Pirot, M. Bourgain et J. Maurois, après avoir remarqué la virulence d'une souche de typhus murin P.F.X. à Toulon, ont pu obtenir l'infection d'un rat, par voie pulmonaire, après narcose brève à l'éther. Ces passages sont aléatoires et ne peuvent être poursuivis en série de poumon à poumon, le virus cultivant mal sur poumon.

Activité, in vitro, sur les trypanosomides de quelques dérivés de l'éthylène diamine. — Mme M. Lwoff, MM. D. Bovet et A. Funke montrent que certains dérivés de l'éthylène diamine, et en particulier le 1921 F (*p*-isopropylbenzylamino-éthane) ont une action parasiticide, *in vivo* et *in vitro*, sur certains trypanosomes (*T. brucei, Schizotrypanum cruzi*) et sur certaines leishmanies (*L. tropica* et *L. donovani*).

Considérations sur un cas de tæniosis avec tableau clinique de précirrhose. — M. Poirier.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

21 Décembre 1943.

Infantilisme hépato-rénal avec troubles des lipides, des protides et des glucides. — MM. Heuyer, Hurez et d'Œlnitz. Enfant de 9 ans, mesurant 1 *m*. 09 et pesant 17 kg. Hyperlipidémie, avec hypercholestérolémie mais dans une proportion moindre ; élévation du rapport sérine/globuline à 7 ; hypoglycémie ; albuminurie irrégulière. Gros foie, grosse masse dans la région lombaire droite.

Maladie exostosante chez deux jumelles monozygotes. — M. Maurice Lamy, Mme Pognen, Mlle O. Schweisguth et M. Sevin. On retrouve les mêmes exostoses multiples et le même nanisme chez la mère qui peut être considérée comme une tare dominante léguée par celle-ci à ses deux jumelles.

Agénésie du noyau épiphysaire huméral avec élargissement du bulbe de l'os, raccourcissement du bras. — M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine. Chez cet enfant dont le bras est plus court, sans gêne fonctionnelle, les radiographies ne montrent pas de points épiphysaires, l'extrémité supérieure de l'humérus va en s'évasant en cupule irrégulière.

Angiome du jumeau externe. — M. Lance.

— M. M. Fèvre a observé quelques désastres à la suite d'applications de radium : on « fibrose » les muscles d'où raccourcissement de ceux-ci et fixation du genou à angle droit.

— M. Louis Lamy. Il y a quelquefois, sous l'influence de l'angiome, allongement du tibia.

Étude de la croissance des enfants d'un groupe scolaire pendant l'année 1943. — M. G. Boulanger-Pilet et Mlle Breuille. L'étude de 438 enfants a permis de constater que si peu ont maigri (2,38 pour 100 des garçons et 0,87 pour 100 des filles) plus de 1/3 des garçons et la moitié des filles ont un accroissement annuel de poids insuffisant.

Les garçons sont surtout atteints à 9, 13 et 14 ans, les filles de 10 à 12 ans.

La proportion des enfants à taille stationnaire est infime, mais la moitié des enfants ont une croissance staturale annuelle insuffisante.

En dehors de l'alimentation insuffisante quantitativement et qualitativement, on n'a pas décelé de facteurs hygiénique, social, familial ou pathologique susceptibles d'expliquer le trouble de croissance. Chez les enfants à croissance insuffisante, il n'y a pas plus de réactions tuberculiniques positives, ou récemment positives, que chez les autres.

— M. E. Lesné a observé également que 1/3 des enfants ne prennent pas de poids ou maigrissent. Cela ne correspond pas à un état pathologique, mais à une alimentation insuffisante et surtout déséquilibrée. Des goûters et déjeuners substantiels (à base de levure, caséine, viande stérilisée, farine) donnés à ces enfants dans certaines écoles parisiennes ont provoqué une croissance staturale et pondérale normale.

— M. Robert Clément. Dans un rapport à la Croix-Rouge, en 1941, j'avais demandé que, puisqu'il n'est pas possible d'attribuer des tickets supplémentaires aux enfants dont le poids est stationnaire ou déficient, la Croix-Rouge ou le Secours national organisent pour eux des repas plus substantiels. Je suis très heureux d'apprendre que ceci a été réalisé dans les écoles. Le même avantage devrait pouvoir être obtenu pour les convalescents et certains enfants malades qui ne fréquent pas l'école.

— M. E. Lesné. Il est question d'étendre ces repas aux apprentis dans les usines et les ateliers.

— M. Genévrier a constaté des déficiences encore plus marquées dans les régions dévastées en 1918, avec retard dans le développement pubertaire atteignant souvent 2 ans. A l'insuffisance alimentaire s'ajoutait le travail forcé à partir de 12 ans. Chez les enfants dont la croissance est arrêtée il faudrait diminuer le travail scolaire.

— M. J. Hallé. Et supprimer les compétitions sportives.

— M. M. Lelong. Le lever matinal et l'insuffisance de sommeil sont également des causes adjuvantes.

— M. Boulanger-Pilet. On peut supprimer les compétitions sportives mais il faut laisser l'éducation physique qui, intelligemment pratiquée, est plutôt favorable.

— M. J. Huber. Dans les hôpitaux même, l'alimentation est souvent insuffisante.

— Le Président propose que la Société associe ces diverses suggestions sous forme d'un vœu aux Pouvoirs publics.

Syndrome agranulocytaire mortel après un traitement par le sulfarsénobenzol. — MM. M. Chevalley, Delthil et Le Loch. Après 6 cures de sulfarsénol pour une énurésie, qui était d'ailleurs un équivalent épileptique, s'est développée une agranulocytose mortelle avec une anémie à 700.000 hématies et leucopénie. L'enfant avait d'ailleurs présenté à la suite des injections précédentes des petits signes d'intolérance. Ces accidents peuvent être rapprochés des accidents toxiques du benzol ; on trouve dans ce médicament un radical benzolique.

— Au nom du Comité national de l'Enfance, MM. J. Huber et Rouèche présentent leur rapport sur l'état sanitaire actuel des enfants à la suite d'une enquête auprès des pédiatres.

— Pour l'année 1944, ont été désignés par le Bureau comme président, M. J. Genevrier et comme vice-président, M. J. Leveuf.

R. Clément.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

21 Mars 1944.

Anesthésie isolée du nerf maxillaire supérieur gauche. — M. Lebourg.

Un cas d'ostéomyélite staphylococque du maxillaire inférieur. — M. Lebourg.

Observations d'ostéite fibreuse mandibulaire retrouvée chez plusieurs frères et sœurs. — MM. Cathala et Lebourg.

Considérations sur l'orthodontie à l'hôpital. — MM. Lebaurg et Lambert.

M. Hénault.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

6 Janvier 1944.

Bile blanche et cholédoco-duodénostomie externe. — MM. Clavel et Jacquemet voient dans l'hydropisie de la voie biliaire principale une indication majeure de cholédoco-duodénostomie. Un cas est rapporté avec guérison.

Hémorragie gastrique mortelle après opération d'Albee pour fracture du rachis. — M. Michallon (Grenoble). L'intervention avait été menée, très simple, sous A. G. à l'évipan. Réveil sans incident. Hématémèse récidivante le lendemain. Décès. L'examen médical fut négatif. Pas d'autopsie.

— M. Guilleminet. Un tel accident doit entrer dans le cadre des hémorragies viscérales après intervention osseuse, telles que je les ai étudiées récemment.

Cancer du sein opéré. Greffe néoplasique dans la cicatrice d'une cholécystectomie. — MM. Rochet et Jeanjean. 1939 : opération de Halsted ; 1942 : cholécystectomie. 10 mois plus tard apparition de la greffe. Les auteurs discutent la pathogénie de cette exceptionnelle complication.

Difficulté de réduction d'une fracture du col. Avantage du procédé de Leadbetter. — MM. G. Leclerc et Camuset (Dijon). Flexion de la cuisse à angle droit, traction dans l'axe du fémur, rotation interne, sont les temps essentiels du procédé qui permit aux auteurs de traiter une fracture irréductible par les procédés habituels.

Sur les occlusions aiguës du grêle. — D'une série de 145 cas (occlusions post-opératoires exceptées) observés en 20 mois, MM. P. Bertrand et J. Mathieu tirent les conclusions suivantes : fréquence très grande : une occlusion aiguë pour 5 appendicites ; 1 pour 2 ulcères perforés. Anatomiquement : 82 brides et 46 volvulus dont 38 accompagnés de brides. Fréquence remarquable des occlusions basses. Cliniquement, dans 3/4 des cas, il s'agissait de porteurs de cicatrices abdominales. La radiographie sans préparation fut très fidèle. Les auteurs déplorent que 1 malade sur 2 arrive après plus de 3 jours d'évolution. Traitement : médiane sous-ombilicale sous R. A. Levée de l'obstacle, et dans les cas graves, iléostomie. Mortalité globale 29 pour 100 en rapport direct avec le temps écoulé.

13 Janvier.

Ostéite spécifique de l'os crochu. — MM. Clavel et Jacquemet. Chez un garçon de 15 ans porteur de stigmates discrets de syphilis héréditaire, le traitement spécifique permit la guérison rapide d'une lésion évoluant depuis 1 an.

Difficulté du diagnostic de l'origine d'un dérangement interne du genou. — M. Tavernier. On pouvait discuter entre lésion méniscale et luxation récidivante de la rotule post-traumatique. Les brusques chutes à la marche, la présence d'une rotule trop haute et trop externe à la radiographie orientent vers ce dernier diagnostic. L'auteur se propose de ne faire qu'un raccourcissement du ligament rotulien, vérifiant par la même incision le ménisque interne.

Les occlusions aiguës de l'intestin grêle. — MM. Desjacques et Beyssac. 14 cas sont rapportés. 7 fois le malade portait une cicatrice de laparotomie et chaque fois il s'agissait d'une bride de la fin du grêle. Cliniquement, le diagnostic est exceptionnellement fait suffisamment tôt pour permettre une thérapeutique toujours efficace. L'association : douleurs paroxystiques, perception d'une ou plusieurs anses dilatées et cicatrice de laparotomie, est pratiquement pathognomonique. Traitement : laparotomie médiane sous-ombilicale sous R. A., recherche de l'obstacle à partir du cæcum aplati. L'iléostomie ne semble pas améliorer les suites opératoires. Sur 14 cas, dont 2 mourants, 4 morts soit 29 pour 100.

Statistique d'occlusions du grêle. — M. Clavel. 71 cas opérés, 19 morts (26 pour 100). 32 malades portaient une cicatrice de laparotomie et malgré cela le diagnostic fut fait tardivement, vers le 4e jour, alors qu'il est fait plus précocement dans le volvulus où les signes sont plus nets d'emblée. Cliniquement, l'auteur insiste sur la valeur de la radiologie sans préparation. Traitement : incision iliaque droite de préférence, iléostomie complémentaire dans les cas les plus graves (24 cas).

Considérations sur les adénopathies mésentériques iléo-cæcales subaiguës ou chroniques dites primitives. — MM. R. Labry et G. Arnulf. Sur 700 laparotomies de la F. I. D. on trouva dans 8,7 pour 100 des ganglions iléo-cæcaux qui, dans 3,4 pour 100 (24 cas) ne relevaient d'aucune étiologie évidente. Cliniquement : tableau d'appendicite chronique chez un adolescent. L'appendicectomie faite, l'appendice étant sain macroscopiquement et microscopiquement, la guérison fut obtenue dans 23 cas. Sans pouvoir l'affirmer rigoureusement, les auteurs envisagent une étiologie tuberculeuse entéro-péritonéale discrète.

Hématurie traumatique grave dans un rein polykystique. Guérison par décapsulation datant de 13 ans. — M. Perrin.

R. Guillet.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

29 Octobre 1943.

Syndrome brachio-phrénico-pupillaire par cancer de l'apex pulmonaire. — MM. H. Roger, J. Paillas et P. Mouren.

Adénopathie médiastinale probablement due au BCG chez un nourrisson. — MM. P. Giraud, R. Bernard et R. Marsang.

Suppuration pulmonaire par inhalation de fragment d'os de mouton. Guérison après extraction bronchoscopique. — MM. R. Poinso, N. Carrega et J. Blanchard.

Œdèmes de carence chez un enfant de 3 ans. (Présentation de malade.) — MM. R. Poinso, E. Hawthorn et Mlle Raybaud.

Fond d'œil et infections encéphaliques. — MM. M. Arnaud, P. Guillot et J. Duplay.

Sur un cas d'aplasie costale antérieure avec hernie du poumon. — MM. Gastaut et Aouchiche.

12 Novembre.

Atrophie musculaire post-infectieuse des membres inférieurs type Charcot-Marie avec association de troubles du sens thermique. (Présentation de malade.) — MM. H. Roger et Gastaut.

A propos de quelques cas de polynévrites arsenicales professionnelles ou accidentelles. — MM. H. Roger, Aouchiche et Gastaut.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. A propos de 6 observations. — MM. P. Giraud et A.-X. Jouve.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. (Présentation de malade.) — MM. F. Petit, A.-X. Jouve et P. Mouren.

Granulie généralisée à forme typhoïde. Lésions d'endocardite séro-fibrineuse tuberculeuse. — MM. P. Laval et J. Pierron.

3 Décembre.

Tuberculose miliaire à type de granulie froide chez un enfant de 4 ans et demi. (Présentation de malade.) — MM. R. Poinso, E. Hawthorn et Fabregue.

Erythème noueux et nodules sous-cutanés au cours d'une lympho-granulomatose maligne. (Présentation de malade.) — MM. R. Poinso, P. Laval, E. Hawthorn et A. Delpin.

Cancer métastatique cutané et pulmonaire. (Présentation de malade.) — M. J. Marcorelles.

Le diagnostic topographique des bronchectasies du poumon gauche par l'injection systématique de la lingula. — M. H. Métras.

La primo-infection pleurale chez l'enfant. — M. R. Poinso.

Un cas d'ulcère de la grande courbure de l'estomac. — M. P. Antonin.

Complication inattendue d'un épanchement pleural. — MM. J. Berthier, P. Laval et Cristofari.

7 Janvier 1944.

Un cas fruste de maladie de Grisel. — M. G. Aymes. Chez un garçon de 8 ans, adénoïdectomisé depuis 4 jours, hyperthermie modérée, installation rapide d'un torticolis douloureux, tête en flexion directe, permanente sans contracture des sterno-mastoïdiens ni déformation occipito-cervicale ; adénopathie rétro-maxillaire. Guérison en quelques jours par l'immobilisation simple.

Il s'agit d'une forme fruste de torticolis naso-pharyngien de Grisel.

L'auteur rappelle que la contracture réflexe des muscles prévertébraux, susceptible dans les formes complètes d'entraîner une luxation-rotation de l'atlas peut, chez l'adulte, succéder à une infection du cavum. Il souligne l'intérêt du contrôle radiographique et de l'emploi précoce de l'extension continue, seule capable d'éviter la constitution d'une infirmité pénible et parfois d'une quadriplégie mortelle.

Quadriparésie par myosite post-typhoïdique. Origine centrale vraisemblable. — MM. H. Roger et H. Gastaut. Une jeune fille de 20 ans fait, au décours d'une fièvre typhoïde grave, une paraplégie en flexion par limitation des mouvements due à la sclérose musculaire et aux rétractions tendineuses, que plusieurs semaines de massage et de mobilisation finissent par vaincre. Les auteurs attribuent cette myosite non à la seule dégénérescence des fibres musculaires d'origine toxinique mais à l'atteinte des centres trophiques musculaires de l'encéphale, à l'encéphalite typhoïdique. Ils la rapprochent de la myosite rétractile des vieillards observés par Lhermitte chez les artério-scléreux cérébraux.

A propos d'un cas de maladie de Kahler. — MM. J. Pieri et M. Benoit. Généralement, la maladie de Kahler ou myélome multiple se présente comme un plasmocytome ; plus rarement comme un myéloblastome.

Il s'agit d'un marin de 24 ans, ancien syphilitique, présentant une adénopathie sus-claviculaire ramollie, cliniquement bacillaire, non influençable aux divers traitements, une ponction est restée négative. Trois mois après, tuméfaction fluctuante dans la région frontale ; quelques jours après douleur de C3, C4 avec intégrité des articulations ; décalcification diffuse du squelette. Mort en quelques jours. Macroscopiquement : tuméfactions molles, frontale, claviculaire et vertébrale avec trou circulaire dans le frontal. Microscopiquement : tumeur constituée surtout par des myélocytes et des myéloblastes, très nombreuses cellules monstrueuses.

J. Boudouresques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

27 Octobre 1943.

Un cas de botulisme. — M. E. Abel rapporte une observation de toxi-infection botulique grave, remarquable par l'apparition tardive des troubles nerveux, que l'auteur interprète par les conditions de vie défavorables du bacille botulique dans une viande de porc conservée à sec. La guérison fut obtenue par l'emploi simultané de l'anatoxine B et des sérums A + B et B.

Vagotonie et alcalose des cancéreux. — M. Ch. Finck (Vittel) confirme par son expérience personnelle le rôle important de la vagotonie et de l'alcalose dans la rapidité de développement du cancer. Il propose de modifier l'équilibre neuro-végétatif et la réaction acide-base des cancéreux par différents médicaments, sous le contrôle des épreuves d'exploration habituelles. La recherche de l'éosinophilie sanguine lui paraît une excellente méthode d'investigation de l'état du système nerveux sympathique.

Foyers d'hématopoïèse intra-hépatiques dans un cas d'ictère hémolytique avec érythroblastose. — MM. P. Florentin et G. Henry étudient les préparations histologiques du foie d'une fillette de 10 ans, décédée après splénectomie pour ictère hémolytique congénital, accompagné d'érythroblastose sanguine. Ils y découvrent, dans les lumières vasculaires, de petits groupes cellulaires, formés de normoblastes, d'érythroblastes basophiles, de cellules granuleuses de type myélocytaire, et ressemblant aux foyers hématopoïétiques du foie embryonnaire. Cette constatation curieuse n'a pas encore été faite dans la littérature, malgré l'étude histologique du foie et de la rate d'ictères hémolytiques avec très forte érythroblastémie. Les auteurs expliquent cette trouvaille par la réviviscence du pouvoir hématopoïétique embryonnaire du couple splénohépatique, sollicité par la carence médullaire.

Sur un cas de guérison complète et rapide de verrues après amygdalectomie. — MM. Girard et Grimaud.

La crise de production de l'insuline. — M. M. Perrin.

1er Novembre.

A propos du diagnostic de la maladie de Heine-Medin. — M. P. Michon souligne le polymorphisme clinique qui caractérisa la récente épidémie sévissant dans l'Est. Il donne un aperçu de 7 cas, tous plus ou moins atypiques, soit par une topographie strictement unilatérale ou rhizomélique, soit par atteinte sphinctérienne, soit par algies, soit du fait de paralysie faciale isolée ou de paralysie de la déglutition, de la phonation et de la nuque.

Etant donné que dans une épidémie les formes nerveuses sont déjà relativement rares, 8 pour 100 dit Pache d'après ses observations en milieu restreint géographiquement, si parmi elles figure en outre une majorité de cas typiques, on en arrive à conclure que la forme paralytique classique n'est représentée, au cours de certaines épidémies, que dans une proportion absolument infime.

Considérations sur la structure histologique et la pathogénie du fibrome naso-pharyngien (à propos de 3 observations inédites). — MM. P. Florentin, R. Grimaud et R. Moreaux pensent, à l'encontre de l'opinion classique, que le *primum movens* de la constitution de ces tumeurs n'est pas une prolifération du tissu fibreux mais bien le développement exagéré d'un réseau vasculaire, ce qui revient à dire que la tumeur est primitivement un angiome dont l'organisation ultérieure donnera le fibro-angiome par transformation de la substance mucoïde imprégnant les éléments de la trame intervasculaire.

Cette hypothèse éclaire la pathogénie d'un jour nouveau. Ces productions pathologiques, survenant presque exclusivement chez des garçons, au moment de la puberté, connaîtraient une origine congénitale et subiraient leur accroissement sous l'influence d'hormones mal précisées.

Un cas de manifestation parotidienne de la maladie de Besnier-Bœck-Schaumann. — MM. P. Aubriot et G. Henry rapportent l'observation de cette nouvelle réticulo-endothéliose, avec atteinte prédominante des parotides, avec atteinte accessoire de la rate, des ganglions, des poumons et des endothéliums vasculaires. Le diagnostic fut fait par biopsie parotidienne. Les auteurs pensent que beaucoup de parotidites chroniques non néoplasme retient l'attention des auteurs.

Répercussion des conditions de vie actuelle sur une collectivité d'enfants. — M. P. Louyot.

24 Novembre.

Cancer primitif du poumon méconnu. — MM. P. Simonin, P. Florentin et J. Royer rapportent l'observation d'un homme de 37 ans ne présentant cliniquement et radiologiquement que des signes banaux de bronchite et de sclérose pulmonaire. La mort survint dans le coma après une phase d'hyperpyrexie et l'autopsie fit découvrir un cancer suppuré primitif du poumon avec métastases hépatiques. La latence presque complète de ce néoplasme retient l'attention des rapporteurs.

A propos d'un cas de tuberculose de la glande parotide. — MM. G. Coulet et G. Henry observent une tumeur parotidienne chez une femme de 55 ans. Ils pensent à une tumeur mixte ; c'est en réalité une parotidite tuberculeuse avec ganglion caséeux intraglandulaire. Les auteurs notent la rareté des parotidites tuberculeuses dont on connaît une quarantaine d'observations.

L'origine de l'infection est le plus souvent un foyer de voisinage qui contamine la glande par contiguïté, en particulier les adénites chroniques bacillaires. Mais celles-ci sont fréquentes chez l'enfant alors que la parotidite tuberculeuse est une infection de l'adulte. Aussi les auteurs pensent que la longue évolution torpide de ces adénites chez l'adulte permet plus facilement que chez l'enfant l'inoculation de la parotide.

Strumite aiguë suppurée métapneumonique. — MM. P. Aubriot, M. Gosserez et G. Henry.

Epithélioma adamantin du maxillaire inférieur. — MM. P. Aubriot, M. Gosserez et G. Henry.

Un cas d'arthrite apophysaire vertébrale postérieure. — MM. P. Louyot et F. Heuilly.

Un cas d'actinomycose cervico-faciale. — MM. P. Florentin et R. Grimaud.

8 Décembre.

Ouverture près de Nancy de centres d'accueil, d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou prédélinquants. — M. Meignant met la Société de Médecine au courant des conditions dans lesquelles viennent de s'ouvrir pour les garçons, dans un bâtiment dépendant de l'hôpital psychiatrique de Maréville et pour les filles à Rosière-aux-Salines, des centres d'observation et de triage pour mineurs délinquants ou prédélinquants. Dus aux efforts combinés des autorités administratives, judiciaires, sanitaires et de la famille, ces centres fonctionnent comme des services d'observation médico-psychologique, en collaboration étroite avec les tribunaux d'enfants et les centres de redressement définitifs, suivant les directives du Secrétariat à la Santé et à la Famille et de la « Commission de l'enfance déficiente ou en danger moral » instituée par le Secrétariat d'Etat.

Artérite de la temporale. — M. L. Mathieu et Mlles S. et E. Hadot observent à nouveau 2 cas de ce syndrome mal connu, dont l'un d'eux rapporta, en Juin 1939, à la Société de Cardiologie, la relation princeps et établissant d'abord le tableau clinique de l'affection. Il s'agit en règle générale de sujets de 60 à 70 ans, le plus souvent des femmes, artério-scléreux, hypertendus ou non. Après une phase prodromique, d'une durée de 2 à 6 semaines, caractérisée par des algies diverses, de la céphalée, de l'asthénie, apparaissent les signes caractéristiques de la période d'état. Ce sont des phénomènes locaux : rougeur, douleur, intumescence artérielle, évoluant au milieu d'un cortège de troubles généraux importants : asthénie, fièvre, anémie, vers une *restitutio ad integrum*. Histologiquement il s'agit de panartérite avec prédominance marquée de la périartérite. L'étiologie reste inconnue ; les recherches microbiennes sont stériles ou donnent des résultats discordants.

Les auteurs discutent sur l'autonomie et la place nosographique de ce « nouveau syndrome clinique ». Ils rejettent sa parenté avec la périartérite noueuse, la thrombo-angéite, l'artérite rhumatismale et font ressortir son analogie avec la périphlébite des membres inférieurs.

Il faut toujours penser à la gale. — M. J. Watrin.

La maladie polykystique des poumons. — MM. Simonin, Girard et Royer.

Infiltration purulente à staphylocoques de l'oreillette droite et péricardite suppurée. — MM. L. Mathieu, Florentin et Faivre.

Sur un cas d'endocardite verruqueuse cicatrisée. — MM. L. Mathieu, Florentin, Girard, Heully et Faivre.

L. Pierquin.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Médicaments de remplacement

Quelques médecins ont demandé à la rédaction de *La Presse Médicale* de leur indiquer les produits de remplacement qu'ils pourraient prescrire aux lieu et place de certains médicaments d'usage courant et dont la raréfaction les inquiète à bon droit.

A la demande du Comité de Rédaction, nous allons chercher à renseigner le corps médical non pas tant sur les possibilités théoriques que sur les possibilités réelles de la thérapeutique de remplacement. Il est bien inutile en effet de donner des indications sur un produit qui est menacé de subir rapidement à son tour une disparition totale par épuisement ou une disparition relative, c'est-à-dire une raréfaction à laquelle un honteux esprit de lucre n'est pas étranger.

Nous verrons au cours de cette revue pratique que parmi les produits de remplacement, si quelques-uns n'apportent qu'une solution médiocre aux problèmes actuels, d'autres mériteront sans doute d'être conservés en raison de leur réel intérêt.

Analgésiques.

Une première note sera consacrée aux analgésiques et plus spécialement aux analgésiques centraux.

1° Opium et pavot. — Le pavot indigène ne fournit pas seulement des graines dont on extrait l'huile d'œillette et des capsules dont on utilise l'action sédative sous la forme de décoction (gargarisme calmant du Codex). L'extrait qu'il peut fournir par traitement des capsules par l'alcool a été très utilisé et l'est encore un peu à l'heure présente comme sédatif de la toux (sous la forme de sirop de pavot blanc). Il exerce expérimentalement une puissante action sédative sur la respiration. Mais on peut en tirer parti aussi comme analgésique. Il se différencie surtout de l'extrait d'opium par le fait qu'il n'exerce pas d'action constipante ni sédative du péristaltisme intestinal. Expérimentalement, cette différence est très frappante : l'extrait d'opium abaisse fortement le tonus et supprime les mouvements péristaltiques de l'intestin isolé de rat, alors que l'extrait de pavot abaisse peu ou n'abaisse pas le tonus, et augmente nettement le péristaltisme. Chez l'homme, l'action antidiarrhéique de l'extrait de pavot est faible et infidèle.

Lorsque l'on compare la composition chimique d'un extrait de pavot tel qu'on peut l'obtenir actuellement, titré à 10 pour 100 de morphine, et celle de l'extrait d'opium officinal titré à 20 pour 100 de morphine, on constate que les alcaloïdes non morphiniques sont en quantité plus importante dans le premier (2.5 pour 100) que dans le second (2 pour 100) ce qui fait un rapport morphine/autres alcaloïdes égal pour le pavot à 10/2.5 et pour l'opium à 20/2 ou 10/1. Quand on connaît l'influence importante des alcaloïdes de l'opium non morphiniques, comme la narcotine, sur les effets sédatifs inhibiteurs de la morphine, on peut penser que la différence des rapports que nous signalons doit entraîner avec soi une différence notable d'action.

Peut-être existe-t-il aussi dans l'extrait de pavot quelque produit excitant de la motricité intestinale. Cette différence entre le pavot et l'opium peut être modifiée d'ailleurs, soit accentuée, soit atténuée par des traitements appropriés qui isolent certains alcaloïdes et modifient leurs rapports normaux.

On peut même faire l'extraction de la morphine à partir du pavot indigène : l'opération n'a pas été industrialisée en France jusqu'ici en raison du coût élevé de la main-d'œuvre, mais elle pourra se faire dès que l'on considérera que le produit importe plus que son prix de revient.

Dans la pratique courante on peut donc utiliser l'extrait de pavot comme analgésique et sédatif de la toux ; son manque d'action inhibitrice sur l'intestin peut être, suivant les cas, un avantage ou un inconvénient.

On peut prescrire l'extrait à 10 pour 100 de morphine sous la forme d'un sirop renfermant comme on l'a proposé 0 *g*. 04 d'extrait, soit 0 *g*. 004 de morphine par cuiller à soupe : son activité est intermédiaire entre celle du sirop d'opium (20 *g*. = 0 *g*. 05 d'extrait d'opium = 0 *g*. 01 de morphine) et celle du sirop diacode (20 *g*. = 0 *g*. 01 d'extrait d'opium = 0 *g*. 002 de morphine). Il devrait rendre de grands services comme produit de remplacement du sirop de codéine.

L'extrait pourra être utilisé aussi sous forme de pilules ou de solution alcoolique. Si l'on désirait utiliser une teinture de teneur en morphine et de posologies identiques à celles de la teinture d'opium, il faudrait la préparer en dissolvant 10 *g*. d'extrait de pavot dans 90 *g*. d'alcool à 70°.

On pourrait aussi préparer un laudanum à base d'extrait de pavot, bien que le laudanum officinal soit à base de poudre et non d'extrait d'opium.

2° Morphine et ses succédanés (dolosal). — La morphine était restée jusqu'ici la seule substance connue exerçant une action dépressive sur le centre cérébral de la douleur. Un nouvel analgésique central, d'origine synthétique cette fois, doit désormais être rangé tout près d'elle : il s'agit du N-méthyl-phényl-4-pipéridinocarboxylate d'éthyle-4 spécialisé

```
C6H5   COOC2H5
     \ /
      C
 H2C /  \ CH2
 H2C \  / CH2
      N — CH3
```

sous des noms divers : *dolosal* en France, *dolantine* en Allemagne (qu'il ne faut pas confondre avec une autre dolantine dérivée elle aussi de la pipéridine et qui exerce seulement une action anesthésique locale) ; *démérol* ou *péthidine* dans les pays de langue anglaise. Nous le désignerons ici sous le nom de dol. On l'utilise sous la forme de chlorhydrate, facilement soluble dans l'eau en donnant une solution neutre, stérilisable par la chaleur. Ce nouveau corps, découvert par Eisleb (1937-1941) et étudié tout d'abord chez l'animal par O. Schaumann (1940), se comporte comme un analgésique doué en même temps de propriétés antispasmodiques et sédatives.

Le dol. se montre chez l'animal de 5 à 10 fois moins toxique que la morphine. Sur le système nerveux central il exerce, comme le principal alcaloïde de l'opium, une action inhibitrice de la respiration et sédative de la toux que vient renforcer une action anticontracturante exercée directement sur le muscle bronchique, qui lui permet de s'opposer à l'action de l'histamine.

Son action analgésique, très marquée, mais de 6 à 10 fois plus faible que celle de la morphine, ressort nettement des expériences faites sur l'animal, qui utilisent comme critérium la suppression de la douleur provoquée par la pression de la queue du chat ou de la souris (Haffner), par l'excitation du nerf dentaire chez le chien (Koll). Elle semble être en relation directe avec une action cérébrale dépressive qui ralentit ou supprime les réflexes conditionnés et avec l'augmentation des effets des anesthésiques locaux. Notons enfin que le dol. produit le redressement et le catatonus de la queue de la souris (Straub) que l'on considérait jusqu'ici comme caractéristique de la morphine.

Chez l'homme, le dol. exerce une action analgésique très proche, à l'intensité près, de celle de la morphine. Mais il ne produit ni narcose, ni obnubilation ; il n'est pas émétisant et ne constipe pas. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser du danger d'accoutumance à son action.

Sur les organes et appareils à innervation autonome il se montre parasympatholytique plus faible que l'atropine. Enfin c'est un antispasmodique comme la papavérine, et un anticonvulsivant.

Ses indications générales sont celles d'un spasmo-analgésique. En médecine, il sera prescrit dans les algies diverses, spécialement celles qui sont liées à un spasme ; dans les névralgies et myalgies. Chez l'enfant, il est sédatif et antivomitif et combat efficacement les spasmes du pylore. On a proposé son emploi comme sédatif de la toux, succédané de la codéine.

En chirurgie, on pourra l'utiliser comme analgésique avant de petites interventions, spécialement indiqué dans les opérations faites sur le crâne ou l'encéphale ou sur le tube digestif, car il ne donne pas de nausées. Il se montrerait moins efficace que la morphine contre les douleurs post-opératoires.

En obstétrique, le dol. atténue les douleurs de l'accouchement et facilite la délivrance. Son emploi est compatible avec celui des extraits post-hypophysaires. Ses effets sur le nouveau-né seraient peu nocifs d'après certains auteurs ; d'autres estiment au contraire qu'il aurait tendance à favoriser l'asphyxie : son action serait donc ici à surveiller.

Il serait enfin un sédatif utérin dans les menaces d'avortement et les tranchées du post-partum.

Son emploi serait incompatible avec celui des sulfamides.

On l'utilise en général à des doses 5 fois (pour quelques auteurs 10 fois) supérieures à celles de la morphine.

Par la voie buccale, ses effets apparaissent après dix à vingt-cinq minutes. On le prescrit de préférence après les repas chez l'adulte, par fractions de 0 *g*. 025 jusqu'à 0 *g*. 075 et 0 *g*. 150 par jour ; chez l'enfant 0 *g*. 005 une ou deux fois par jour ; chez le nourrisson 0 *g*. 005 par jour. Par la voie rectale, 0 *g*. 10 par suppositoire : l'action se manifeste après dix à vingt minutes.

Par la voie intramusculaire, de 0 *g*. 005 à 0 *g*. 10 et jusqu'à 0 *g*. 30 par jour en solution à 5 pour 100 ; l'action se manifeste après huit à dix minutes et dure de cinq à sept heures.

Dans les cas d'urgence on peut l'administrer par la voie intraveineuse en injection lente à la dose de 0 *g*. 05 dissous dans 10 cm^3 d'eau salée physiologique.

Surtout quand il est utilisé par les voies parentérales, le dol. peut provoquer, chez les hypervagotoniques et chez les hypertendus, vertiges et syncopes légères : on les évitera en faisant l'injection au malade couché et maintenu couché pendant quelque temps.

On peut se demander si ce puissant spasmo-analgésique, si étroitement apparenté à la morphine en ce qui concerne l'action analgésique mais dépourvu d'action narcotique, est capable d'engendrer une toxicomanie analogue à la morphinomanie. On a pensé tout d'abord qu'il n'en était rien, mais on sait maintenant qu'il mène lui aussi à une assuétude progressive, faite de tolérance accrue et de servitude.

On a déjà décrit chez les accoutumés des troubles psychiques (état confusionnel avec hallucinations et délire), moteurs (excitation) ; cardiovasculaires (hypotension, bradycardie, arythmie) ; respiratoires (bradypnée) ; digestifs (ralentissement du péristaltisme).

Et l'on sait aussi que la suppression du toxique entraîne l'apparition de troubles qui rappellent ceux que l'on observe au cours du sevrage chez les morphinomanes.

Ces points de rapprochement avec la morphine semblent assez inquiétants. Mais a-t-on bien affaire ici encore à un poison stupéfiant et euphorisant ? La dolosalomanie est-elle aussi redoutable que la morphinomanie ? Seule la clinique pourra répondre à cette question. Actuellement au moins, les inconvénients possibles d'un produit synthétique, de préparation facile, s'effacent devant la nécessité de remplacer un produit naturel devenu rare. L'avenir jugera de leur importance réelle.

René Hazard.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
HYGIÈNE ET MÉDECINE DU TRAVAIL
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. A. FEIL

Médecine du travail et médecine de prévention

L'essor que prend aujourd'hui la médecine du travail ne peut que réjouir ceux qui depuis si longtemps en ont pénétré l'intérêt à la fois scientifique et humain. Mais à notre sentiment trop de tapage, trop de mise en scène, osons dire le mot, trop de réclame accompagnent certaines réalisations par ailleurs excellentes. On met une hâte excessive à faire du nouveau, et aussi, avouons-le, à recréer de l'ancien. Tout ceci donne l'impression d'une façade rapidement charpentée, par endroits inachevée, tels ces palais d'exposition un peu clinquants qui ne laissent après leur chute que plâtras et dorures.

Je crains qu'il n'en soit ainsi, pour une part, de la médecine du travail telle qu'on la réalise actuellement. En voulant aller trop loin et trop vite, en chargeant les médecins d'usines d'une besogne qui n'est pas la leur ou qu'ils ne peuvent remplir complètement, on risque de ne rien faire de durable. En exigeant trop des industriels, des ouvriers, des médecins, en leur imposant des lois, des décrets, des ordonnances, des règlements de toutes sortes, parfois contradictoires, on décourage les uns et on s'aliène les autres.

Dans un récent article[1] nous avons essayé de montrer la distinction qui doit exister, et qui existe en fait, entre l'action du médecin d'usine et celle du médecin d'une entreprise non industrielle. Tandis que le premier est essentiellement un médecin du travail, le second s'occupe surtout de prévention, puisque les personnes dont il a la charge sont le plus souvent des employés qui travaillent dans des conditions d'hygiène satisfaisantes et ne sont exposés ni aux accidents ni aux intoxications.

Nous voudrions, dans la présente note, examiner d'un peu plus près cette médecine de la prévention dont on prétend, dans les usines, charger spécialement les médecins du travail.

*
* *

Comprenons d'abord ce qu'il faut entendre par médecine de la prévention à l'usine.

S'agit-il de maintenir un juste équilibre entre les forces de l'ouvrier et le travail qui lui est demandé, de le protéger contre les risques du métier, de dépister les premières manifestations, encore inapparentes, des maladies et des intoxications professionnelles ? C'est incontestablement la tâche la plus importante du médecin d'usine.

S'agit-il d'organiser des visites périodiques que l'on impose à tous les ouvriers, à tous les employés, qu'ils soient ou non exposés à un risque professionnel, dans l'intention de découvrir les tares, les troubles qu'ils ignorent ou qu'ils souhaitent dissimuler ? La réponse est moins impérative.

Loin de nous la pensée de contester l'intérêt d'une médecine préventive. Veiller sur la santé des travailleurs, prévenir les maladies, dépister les affections inapparentes ou qui débutent, c'est le fondément même de la vraie médecine, celle qui doit prévenir plutôt que guérir. Mais cette médecine préventive que nous souhaitons tous est-elle réellement possible à l'usine ? Les médecins d'usine ou d'entreprise sont-ils les mieux qualifiés pour la réaliser ? Ne perdront-ils pas un temps précieux à faire un travail sans intérêt pour eux et sans résultat pour l'ouvrier ?

Représentons-nous une usine, une entreprise dont tous les ouvriers, tous les employés ont été embauchés à la suite d'une visite médicale sérieuse, comme il se doit. Cette entreprise comprend en immense majorité des sujets jeunes ou adultes, bien portants. L'examen annuel ou bisannuel que vous entendez leur imposer ne révélera, en dehors des maladies ou des symptômes inhérents à la profession et au travail, rien de sérieux chez 98 pour 100 d'entre eux. Il constituera une simple formalité, mais une formalité longue et difficile si nous voulons avoir la certitude que rien ne se cache derrière cette bonne santé apparente. La vraie visite de prévention, la seule indispensable et par tous acceptée, c'est, sans aucun doute, la visite d'embauchage. C'est elle qui permettra de reconnaître les malades qui s'ignorent, ceux qui dissimulent leur mal, et de les orienter vers le médecin traitant ou l'organisme le mieux approprié à leur état.

Vous insistez cependant pour qu'une visite annuelle ou bisannuelle soit instituée pour tous les ouvriers, pour tous les employés. Quel sera dès lors le rôle du médecin d'usine ?

Dépister les maladies dites sociales : tuberculose, cancer, syphilis ? Mais le médecin de la prévention ne fera-t-il pas double emploi avec des organismes mieux armés et mieux qualifiés que lui pour cette recherche ?

Déceler une affection inapparente chez un malade qui s'ignore ? un début de cancer ou d'ulcère, une tuberculose débutante ou larvée, une insuffisance rénale, une lésion cardiaque légère ? Mais peut-on espérer que le médecin d'entreprise sera mieux capable que le médecin traitant de reconnaître cette maladie, alors qu'il ignore tout des antécédents familiaux et héréditaires de l'ouvrier ? Aura-t-il le temps nécessaire, au cours d'une visite en série, de pratiquer cet examen long et difficile ? Disposera-t-il des moyens techniques indispensables pour faire certaines recherches compliquées ? Nous ne sommes plus au temps où le dépistage se faisait par les seuls moyens cliniques ; aujourd'hui il est nécessaire de recourir à des techniques perfectionnées, souvent difficiles, qui sont rarement à la portée des médecins d'entreprises. Sinon ce dépistage ne sera qu'un geste sans conséquence utile dont le seul effet sera de faire perdre leur temps aux ouvriers, aux médecins et de coûter fort cher aux industriels.

Ne craignez-vous pas qu'une telle visite, forcément incomplète, n'apporte au travailleur une fausse quiétude ? Si le médecin chargé de la prévention ne décèle rien d'anormal à la suite de son examen rapide, avec les moyens de fortune dont il dispose, l'ouvrier peut se croire en parfaite santé et juger inutile d'aller consulter le spécialiste, seul capable bien souvent de reconnaître la cause réelle et quelquefois inapparente du mal.

Cette médecine de prévention très souhaitable certes, mais qui n'est pas encore entrée dans nos mœurs, doit être réservée de préférence au médecin de famille qui, s'il ne peut faire les recherches indispensables, saura diriger son malade, suivant ses ressources, vers le spécialiste, le dispensaire social ou le service d'hôpital le mieux qualifié.

Est-ce à dire que nous refusons au médecin d'usine de faire de la prévention ? Nullement. Jusqu'ici la prévention des ouvriers d'usine, sans être systématique, existait pour ceux qui en avaient le plus réellement besoin. Le médecin d'usine voyait au cours des visites périodiques les ouvriers particulièrement exposés aux poussières, aux produits toxiques, aux accidents, les conducteurs de véhicules ou de machines dangereuses, les jeunes ouvriers et les apprentis. Le chef d'atelier ou le contremaître lui adressait les ouvriers qui semblaient fatigués, ceux qui s'arrêtaient. Le travailleur lui-même avait toute latitude pour venir consulter le médecin de l'usine, soit qu'il désire lui demander conseil, soit qu'il ressente un trouble quelconque, soit que, trouvant son travail trop pénible, il souhaite obtenir un changement de poste.

En procédant ainsi, en examinant des ouvriers préalablement triés, ceux pour qui la visite périodique semblait la plus utile, le médecin d'usine arrivait, en parfait accord avec la direction, avec la maîtrise et les ouvriers, à surveiller de très bonne façon le personnel de l'usine.

En imposant la visite médicale systématique à tous les ouvriers, à tous les employés, en organisant une sorte de dépistage à la chaîne, peu intéressant pour le médecin d'entreprise, peu utile pour l'ouvrier puisque forcément superficiel, on risque de mécontenter tout le monde, les travailleurs, les médecins traitants et les industriels.

Les travailleurs. — Alors qu'autrefois les travailleurs venaient volontiers consulter le médecin d'usine, aujourd'hui que les visites sont imposées, il se dérobe, dissimule ses tares craignant peut-être que cette visite n'ait pour lui des conséquences fâcheuses, obligation de quitter l'usine si l'on trouve une lésion pulmonaire, une affection du cœur ou des reins, obligation de changer de travail, ou de subir un traitement, etc...

Les médecins. — Il est à craindre que ces visites générales de prévention ne soient pas très bien accueillies par les praticiens qui redouteront peut-être que l'on détourne de leur cabinet certains malades. Si le médecin d'usine découvre un symptôme pathologique jusqu'ici méconnu, l'ouvrier s'étonnera peut-être que le fait ne lui ait pas été signalé en premier lieu par son médecin.

Les visites de prévention, mal vues par certains, seront pour d'autres une occasion de demander un deuxième avis médical, de contrôler le diagnostic de leur médecin. Si l'avis est différent ne voit-on pas le malaise qui risque d'apparaître entre le médecin traitant et le médecin d'usine. Se glissant entre le malade et le médecin traitant, le médecin d'usine devra mesurer ses paroles et ses conseils. Un mot imprudent prononcé devant le travailleur, mot souvent mal compris, sera rapporté au médecin et deviendra l'origine d'un conflit.

Les industriels. — Les patrons n'envisagent pas avec une égale faveur la pénétration de nombreux médecins dans leurs usines. Sans doute ils ne discutent pas et ne sauraient contester la nécessité d'organiser un service médical pour la protection de leurs ouvriers contre les accidents et les maladies professionnelles ; ils savent que c'est leur devoir d'assurer l'hygiène et la sécurité des ateliers, la surveillance des apprentis, etc., mais ils s'étonnent qu'on leur impose, sous prétexte de médecine préventive, une charge qui devrait être, en toute justice, supportée par la société tout entière.

Si l'on veut organiser une médecine préventive efficace, il faut l'appliquer à tous, commerçants, agriculteurs, et non aux seuls industriels et chefs d'entreprise. Mais alors la médecine cessera rapidement d'être une profession libérale pour prendre le caractère d'un service social étatisé.

C'est ce grave et important problème que pose l'organisation actuelle de la médecine du travail.

*
* *

Résumons-nous : L'une des erreurs de la doctrine actuelle de la médecine du travail, la principale à notre sens, est de confondre médecine du travail et médecine de prévention.

Qu'on nous entende bien, nous ne discutons pas et ne saurions discuter le principe même de la médecine préventive, mais nous pensons qu'à l'usine elle ne peut être appliquée efficacement qu'aux accidentés, aux malades du travail (maladies professionnelles, intoxications) et à certaines catégories de travailleurs (apprentis, femmes, etc...). Les maladies sociales, les maladies inapparentes des organes et appareils ne peuvent être décelées, le plus souvent, que si l'on met à la disposition du médecin d'usine les moyens techniques indispensables (radiologie, laboratoire, etc.). Sinon il faut se contenter d'une apparence de prévention, sans intérêt pour le travailleur, et qui peut se révéler dangereuse, si elle aboutit à des conclusions erronées.

Quelques industriels confient à des médecins spéciaux le soin d'organiser la médecine préventive. Malheureusement il s'agit d'un simple geste de bonne volonté quand on ne donne pas en même temps aux médecins les moyens de la réaliser.

A notre avis, la seule visite de prévention indispensable à l'usine, et par tous acceptée, reste la visite d'embauchage. Cette visite bien faite, complétée par l'examen périodique pour certains cas spéciaux et par la liberté toujours laissée à l'ouvrier de consulter le médecin de l'usine, doit enlever leur principal intérêt aux visites systématiques de prévention.

ANDRÉ FEIL.

1. Médecins d'usines et médecins d'entreprises. *La Presse Médicale*, 18 Mars 1944, n° 6.

CHRONIQUES

L'admission dans les Hôpitaux de Paris

« PARVIS » ET « BUREAU CENTRAL »

C'est l'auberge fameuse inscrite sur le livre
où l'on pourra manger et dormir et s'asseoir.
BAUDELAIRE.

Il y a cinquante ans, disparaissait cette institution assez informe et lamentablement pittoresque que quelques-uns d'entre nous ont pu connaître : le *Bureau central d'admission* dans les hôpitaux de Paris. Les pauvres diables de la place Maubert et d'ailleurs la désignaient plus volontiers sous le nom de « Parvis ». Le Parvis, ce fut, à partir de 1801, le Bureau central, ce fut aussi ce qui l'avait durant près de dix siècles, précédé dans l'histoire de la charité et de l'assistance : cette partie du vieil Hôtel-Dieu qui faisait face à Notre-Dame, où se retrouvaient chaque jour, en quête d'une aumône, d'une soupe ou d'un lit, les éléments misérables et disparates des bas-fonds parisiens.

Pendant près d'un millénaire, les œuvres religieuses, vieilles comme la chrétienté, furent seules à accueillir, pêle-mêle, vagabonds, pauvres et malades et quand le premier hôpital ouvrit ses portes, au VIIe siècle (?), il en fut de même. On ne distingue pas. Tous ceux qui souffrent et ont besoin d'être secourus vont là où ils savent trouver un abri, un réconfort et des soins. Bien plutôt qu'un hôpital, c'est un asile ouvert aux indigents et aux vagabonds ; quelques documents du XIIe siècle lui conservent encore le nom de *xenodochion*. N'est-il pas d'ailleurs admirable ce vieux règlement de l'Hôtel-Dieu : « Sont logés et reçus de toute manière les gens de quelque langue qu'ils soient, amis ou ennemis, connus ou inconnus, sans acception de personne » ? Dans un esprit vraiment évangélique on recevait en effet, jusqu'aux extrêmes limites du possible, tous ceux qui, de 6 heures du matin à 6 heures du soir, se présentaient aux deux portes ouvertes, l'une sur la rue du Marché-Palu, l'autre sur le parvis Notre-Dame. Une sœur portière — point de médecin — examinait le postulant et constatait la gravité ou la misère de son état ; quelques formalités religieuses et il était admis « comme le maître de la maison ».

Aux valides et aux demi-valides qu'elles utilisaient tant bien que mal, les sœurs Augustines servaient les repas que corsaient de continuelles donations. A jours fixes, certains corps de métier en assumaient les frais : tels les orfèvres, le jour de Pâques; et leurs femmes, dans leurs plus beaux atours, servaient les pauvres. Comment les récits encore embellis qui devaient se transmettre au dehors n'auraient-ils pas échauffé les esprits et suscité sans cesse à la vieille maison du bord de l'eau de nouvelles recrues ?

En réalité, cet encombrement hétéroclite, cet aspect de cour des miracles en perpétuelle effervescence subsisteront jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. Cette confusion de la misère, de la maladie et de toutes les déchéances fut un des fléaux de l'ancienne France.

Sans doute, dès ces temps très anciens, quelques soins rudimentaires étaient-ils donnés aux blessés et aux malades égarés dans cette cohue, sans doute des lits surgissaient-ils à l'occasion, mais d'admissions proprement médicales, de consultations, de services médicaux organisés, aucune trace ne subsiste jusqu'au XIIIe siècle.

Le plus ancien règlement de l'Hôtel-Dieu qui nous soit connu et qui est attribué au chanoine Estienne (1217), ne fait encore aucune mention d'ordre médical, mais, en 1221, un chirurgien, Hubert, s'engagea, « par charité et pour le remède de son âme », à visiter les infirmes et les pauvres recueillis.

Dès 1417 il y avait une centaine de malades hospitalisés. En 1536 on voit apparaître un médecin « logé » du nom de Tabouet, licencié en médecine, « qui ait à seurvenir aux malades selon son art ». C'est à la même époque (1535) qu'on entend parler pour la première fois, dans les statuts de la réformation de l'Hôtel-Dieu, d'admissions de malades, admissions auxquelles procède *seule* une sœur portière. « Avant que aucun mallade, soit homme ou femme, soit reçu, il confessera ses péchés au prebtre à ce députté et après sera mené le mallade à la salle et lict convenables à sa maladie par la sœur à ce députtée. » En 1594 enfin un chirurgien fut adjoint à la sœur : « Ce jourd'hui a été ordonné que le maistre et la prieure ensemble, le portier du costé du parvys Notre Dame ne permettront entrer aucun mallade au dict Hôstel-Dieu qu'il ne soit veu et visité par le chirurgien d'icelluy Hostel-Dieu, ores que le dict mallade fut envoyé par quelcung de la compagnye. » Décision confirmée et renforcée en 1601, 1609, 1616, 1621. D'après la délibération du 16 Décembre 1601, le portier était responsable des infractions au règlement « à peine de punition corporelle et d'être chassé ». Le règlement du 8 Mars 1621 contient les deux articles suivants : « Celluy des chirurgiens qui sera commis par sepmaine pour visiter les malades à l'entrée, sera assidu et demeurera continuellement à la porte pour faire sa charge affin que les pauvres ne soient incommodez à attendre.

« Comme au semblable le chappelain en charge se tiendra au bureau où est le registre et ne désemparera sans occasion urgente et sans laisser un autre à sa place ».

A la fréquence et au ton assez rude de ces avertissements on imagine la situation difficile qui les avait provoqués et qu'ils ne parvinrent pas à modifier. On continua d'entrer dans la Maison-Dieu comme dans un moulin.

Nous sommes au milieu du XVIe siècle. Il y a à Paris plus de 40.000 pauvres, 1/5 de la population et peut-être autant de fainéants et d'individus peu recommandables. Quelle menace et quel danger pour le vieil Hôtel-Dieu au seuil si complaisant ! En fait, un grand nombre d'indésirables continuent de l'envahir ; il est bientôt à l'étroit et, débordant le parvis Notre-Dame, il doit enjamber le petit bras du fleuve. Il possède maintenant plusieurs salles de malades et plus de 300 lits. En 1791, 25 salles abriteront dans 1.877 lits un nombre de malades bien plus considérable, jusqu'à 5.000 pendant les grandes épidémies de cette époque.

Cependant d'autres hôpitaux ont été fondés et se sont multipliés dans Paris : c'est Saint-Louis en 1607, la Charité en 1612... L'Hôtel-Dieu reste la maison-mère, l'organisme central. C'est lui aussi qui garde le privilège presque exclusif des admissions — source intarissable de désordres devenus légendaires.

Dès 1505, les moines eux-mêmes, débordés, n'hésitant pas à sacrifier un peu de leurs prérogatives, n'avaient pas hésité à demander à la municipalité parisienne de contrôler la gestion administrative de l'Hôtel-Dieu. C'était en quelque sorte une première laïcisation, la rentrée dans le giron de l'administration publique. Le gaspillage et les incidents financiers paraissent en avoir bénéficié, mais les troubles continuèrent, de véritables émeutes se multiplièrent au XVIIe et au XVIIIe siècle, aboutissant aux incendies de 1754 et 1772. La mesure était comble. On commença à parler de démolir la vieille maison qui avait un passé si lourd, à la fois si magnifique et si orageux. Un double décret, en 1791, place définitivement l'Hôtel-Dieu sous la gestion administrative de la Ville de Paris et remplace le gouverneur par un fonctionnaire de l'Administration générale des hôpitaux. C'est la période moderne.

*
* *

L'admission des malades — on ne saurait assez y insister — était dans ces temps lointains, comme elle l'est encore aujourd'hui, la pierre d'achoppement de l'organisation hospitalière. L'administration ne pouvait s'y méprendre et on s'explique mal qu'elle ait attendu dix ans pour toucher à ce rouage essentiel qui s'était avéré si défectueux au « Parvis ». Etait-ce le temps nécessaire à de longues méditations ? On a peine à le croire quand on examine l'arrêté du 13 Frimaire an X (1801) qui institue le *Bureau central*.

Dans cet arrêté signé du préfet Frochot on retrouve en effet la plupart et les plus graves des erreurs qui avaient fait leurs déplorables preuves en des temps qu'on croyait à jamais révolus. La plus lourde de conséquences fut celle qui maintint et renforça presque le principe de la centralisation. « Le but que s'est proposé le conseil général des hospices était d'empêcher que l'on ne reçût dans les hôpitaux des individus qui ne sont pas malades ou qui ne le sont pas assez gravement ; une foule de fainéants, surtout à l'entrée de l'hiver, se faisant admettre, non pour se faire traiter, mais pour vivre sans rien faire. Refusés à la porte d'un hôpital, ils en trouvaient presque toujours un plus facile... Tout individu est maintenant tenu de se présenter au Bureau central qui le visite et lui remet, s'il y a lieu, un bulletin d'admission pour l'hôpital consacré à son genre de maladie ». Les avantages de ce processus ne résistent pas à l'examen ; la place nous manque pour nous y attarder ici. Et d'ailleurs, dès 1817, l'administration se donnait un éclatant démenti en ouvrant des consultations dans la plupart des hôpitaux de Paris.

Une autre erreur fut de maintenir cette grande consultation centrale dans le lieu même où de si fâcheuses traditions s'étaient implantées, où de si mauvaises habitudes avaient été contractées au cours des siècles. Le choix avait pu s'imposer quand le vieux Paris, peu étendu et possédant un seul hôpital, était groupé autour de son Hôtel de Ville et surtout autour de sa Cathédrale. Rien ne le justifiait plus au début du XIXe siècle, sinon le voisinage de la place Maubert et de ses mauvais garçons...

En réalité, une fois de plus, rien ne fut changé — ou si peu de chose. Sans doute la vigilance d'une grande administration pourvue du personnel nécessaire réussit-elle mieux que la mansuétude des moines et des religieuses à conserver une tenue relative à la clientèle du nouveau « Parvis » ; sans doute aussi la qualité des médecins chargés des examens (les médecins des hôpitaux récemment nommés et non encore pourvus d'un service — le premier concours eut lieu en 1929) fit-elle beaucoup pour le prestige du nouveau Bureau central ; mais nous en appelons à ceux — il y en a encore de bien vivants — qui ont pénétré dans la salle d'attente de l'ancien ou du nouvel Hôtel-Dieu, au moment d'une consultation; quel souvenir poignant n'en ont-ils pas gardé ?

Cette salle où 2 séances avaient lieu chaque jour pouvait contenir une centaine de personnes ; elle en abritait souvent 200 et plus, jusqu'à 850 en hiver. Tout ce monde bavarde, crie, récrimine et geint. Pour une bonne moitié ce ne sont que des malheureux, dépenaillés, lamentables ; ceux-ci ne cherchent pas même à pénétrer jusqu'au cabinet de consultation, se contentant de l'asile momentané où on les tolère, des « relations » qu'ils y ont faites et y retrouvent, des combinaisons toujours possibles dans un tel milieu. Une soupe, dont les sœurs Augustines ont maintenu la tradition plusieurs fois centenaire, leur est par surcroît donnée vers midi sur un bon de complaisance (bon de pansement ?) que les médecins ne refusent à personne. L'autre moitié est constituée par 40 pour 100 environ de tuberculeux et de chroniques qui n'ont rien à faire dans les hôpitaux et qui ne seront reçus que dans des proportions infimes, et par 10 pour 100 de vrais malades. C'est presque identiquement la clientèle de l'ancien « Parvis ».

Sur cette clientèle que prétendait écarter le décret de l'an X et qu'il a reconstituée comme à plaisir, il y aurait une longue étude de mœurs à écrire qui n'a été faite qu'une fois, à notre connaissance, par un jeune externe du Bureau central : le journal *le Temps* l'a publiée les 5 et 6 Avril 1893. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

On donnait au Bureau central des consultations, des bandages, des bons de secours, des bons d'admissions dans les hôpitaux, objet essentiel pour quoi

il avait été créé. Deux chiffres donneront une idée de son activité décroissante à mesure que les admissions directes s'intensifiaient dans les hôpitaux : en 1801, 34.256 consultations avec 14.251 admissions ; en 1884, 27.000 consultations et 10.000 admissions.

Le Bureau central vécut ainsi près d'un siècle d'une vie sans éclat, mais non plus, il faut le dire, sans que rien signalât par des incidents trop criants son inutilité et ses tares. A la fin du XIXe siècle il approchait pourtant de sa fin ; il manqua de quelques années son centenaire. Il n'avait jamais enchanté personne et personne ne le regretta, pas même ses clients les plus abusifs. Dans un Paris nouveau, très étendu, pourvu de nombreux hôpitaux, de transports rapides et multiples, d'une assistance bien au point, il n'avait plus de raison d'être.

Aussi bien, le grand problème de l'admission dans les hôpitaux était-il bien simplifié : la misère certes n'était pas éteinte, moindre cependant et mieux protégée, les chroniques commençaient à avoir leurs établissements spéciaux, les tuberculeux leurs sanatoria, la vieillesse et le chômage étaient secourus. C'était 60 à 70 pour 100 de la clientèle du « Parvis » qui se trouvait éliminée.

En 1875 déjà, la suppression du Bureau central fut envisagée. Elle n'aboutit point, mais la question fut reprise en 1894, avec succès cette fois — malgré les médecins du Conseil supérieur de l'Assistance publique qui, chose étrange, furent pour la plupart favorables au *statu quo*.

* * *

L'admission rendue à chaque hôpital pour sa circonscription bien délimitée a enfin créé une situation rationnelle et stable qu'on n'avait jamais connue. On ne reverra plus le tohu-bohu, les trafics éhontés du vieux *Parvis* et du *Bureau central*, les lamentables odyssées des malades transportés par des brancardiers complices ameutant et scandalisant le badaud parisien. Du même coup, l'hôpital a pris l'aspect austère et accueillant qui lui convient. Il n'est plus, dans le sens péjoratif qu'y mettait Sébastien Mercier, à la veille de la Révolution, « le repos, le hâvre, l'espérance de Paris », mais il n'inspire plus à personne l'effroi qu'il inspira longtemps aux pauvres gens ; c'est bien plutôt une clientèle trop élargie qu'on redoute pour lui.

Mais ceci est une autre histoire...

R. GAUILLARD.

Victor Cordier

Victor Cordier n'est plus.

Voici qu'il nous a brusquement quitté, lui aussi, et c'est pour la Faculté de Médecine de Lyon un deuil de plus à ajouter à tant d'autres. Il s'en est allé discrètement, silencieusement. On le savait à peine malade et déjà il n'était plus là. Nous avons eu la sensation qu'il aurait souhaité que son départ demeurât ignoré toujours et qu'il s'excusait par avance de la peine qu'il allait causer à ceux qu'il aimait.

L'une des dernières préoccupations de sa vie ne fut-elle pas de cacher son mal aux êtres chers qui l'entouraient, et peut-être, dans une mesure que nous connaissons mal, à lui-même. Il ne pouvait souffrir qu'on lui en parlât. Non qu'il eût la crainte de l'au-delà, mais le lutteur, l'amant de la vie qu'il avait toujours été, semblait considérer la maladie comme une défaite.

Sans doute, il était trop intelligent et trop fin pour ne pas se savoir menacé. Mais il lui déplaisait souverainement de paraître, ne fut-ce qu'un instant, s'incliner devant le destin. Il était de ceux qui, pour s'en aller debout et la tête haute, ignorent ou méprisent l'arrêt qui leur a été signifié.

Ce qui plaisait en lui, c'était avec un optimisme peut-être excessif, l'urbanité exquise dans l'accueil, le charme et l'éclectisme dans la conversation, l'activité débordante dans le travail, l'enthousiasme pour la recherche, et cette exubérance de caractère que les étrangers s'étonnaient parfois de rencontrer chez un Lyonnais de son âge et de sa condition.

Esprit ouvert à toutes les innovations, également apte à se mouvoir dans toutes les disciplines médicales, c'était un jeu pour lui que de cueillir au vol les idées qui passaient.

Sous les auspices de ses maîtres, Renaut, Tripier et Roque, Cordier s'était d'abord dirigé vers les études anatomo-cliniques. Puis il s'orienta vers les recherches expérimentales qui l'amenèrent aux travaux de chimie biologique dont il s'occupa avec Enselme pendant les dix dernières années de sa vie.

Interne des Hôpitaux, il fut reçu docteur en médecine en 1910. Quelques années plus tard, en 1914, il était nommé après un concours particulièrement brillant médecin des Hôpitaux. En 1920, il était agrégé. Il lui fallut attendre qu'une vacance se produisît pour qu'il obtînt une chaire magistrale. Titulaire de la chaire de Pathologie interne, il était désigné à l'avance pour une future chaire de Clinique médicale, lorsque la maladie le terrassa.

Médecin élégant et racé, enseigneur de grande classe, professeur à la parole facile, à la diction nuancée, Cordier jouissait auprès des étudiants d'un crédit et d'une faveur qu'il n'a jamais cessé de mériter. L'œuvre qu'il laisse derrière lui porte la marque des orientations médicales diverses qu'il sut imprimer à sa carrière. Elle illustre ainsi sous ses multiples aspects la polyvalence du potentiel scientifique qui l'animait.

Cordier s'intéressa beaucoup aux maladies des poumons. Son *Précis de Propédeutique et de Technique médicale* contient notamment une mise au point particulièrement soignée de toute la séméiologie pulmonaire. Il rédigea le chapitre concernant la climatothérapie des maladies des bronches et des poumons, dans le *Traité de Climatologie de l'Hydrologie* de Piéry.

Signalons son étude sur les hémorragies trachéales (avec Mounier-Kuhn), sur le pneumothorax spontané, l'emphysème, les paralysies du diaphragme, les pleurésies palustres, les plaies de guerre du poumon, la tuberculose traumatique, l'atélectasie post-hémoptoïque, les kystes hydatiques et les spirochétoses respiratoires. L'asthme devait retenir tout particulièrement son attention. Il en précisa les origines allergiques, les facteurs nerveux et endocriniens.

En ce qui concerne la tuberculose, Cordier a présenté en 1927, au Congrès national, un rapport sur la valeur séméiologique de l'examen bactériologique des crachats. On lui doit quantité de notions sur les associations microbiennes, l'endocardite infectieuse des tuberculeux, le rôle des glandes internes, les critères d'évolution et de pronostic, la collapsothérapie, l'épilepsie pleurale et les accidents nerveux de la thoracentèse. Mentionnons ses recherches avec P. Delore sur l'acidose et l'équilibre acide-base chez les tuberculeux pulmonaires.

Il est un domaine de la médecine qui, en dehors de la pneumologie, a retenu particulièrement l'attention de Cordier, c'est l'hématologie.

Dès 1911, il fut l'un des premiers en France à aborder l'étude de la mystérieuse maladie de Banti ; en 1933, avec Croizat et Plauchu, il discuta, à propos d'une observation, la priorité des lésions spléniques sur la pyléphlébite. Il consacra des études aux lymphadénies aleucémiques, au type splénique de la leucémie lymphoïde. La granulomatose maligne fut pour lui un sujet d'élection. Après avoir inspiré en 1920 la thèse de Servan, il précisa les relations de cette maladie avec la tuberculose dans divers travaux en collaboration avec Croizat, travaux qui sont résumés dans la thèse de Fay (Lyon, 1932). A la suite de P. E.-Weil, Chevallier, Debré et Lamy, Cordier et Croizat furent parmi les premiers à mettre en pratique, en France, la ponction sternale. Ils en perfectionnèrent la technique en proposant un trocart spécial, et montrèrent dans la thèse de Revol et divers articles les renseignements que cette méthode était capable d'apporter.

Bien d'autres travaux seraient à signaler. Nous nous bornerons à rappeler la monographie qu'il écrivait avec Croizat sur le diagnostic et le traitement des splénomégalies.

Cordier aimait à répéter combien il aurait été heureux de s'adonner plus complètement à l'étude des sciences physico-chimiques. Il espérait beaucoup de leur application à la recherche médicale. Son séjour aux laboratoires de Haldane et de Bacroft avait accru cette attirance. Dès 1936, il poursuivait avec Enselme une série de recherches relatives à l'étude des oxydations dans diverses affections.

Son attention se porta notamment sur l'état des gaz du sang artériel et sur le débit cardiaque chez différents malades. Des nombreux résultats publiés nous ne retiendrons ici que le diagnostic pratique établit par cette méthode entre deux types de gros cœurs : cœurs hypertrophiés avec augmentation du débit cardiaque, cœurs dilatés avec diminution de ce débit.

Plus récemment ce furent surtout les oxydations tissulaires qui devinrent l'objet de ses préoccupations et spécialement l'étude de la chaîne naturelle d'oxydation de l'acide succinique.

Durant la guerre de 1914, Cordier avait été grièvement blessé. Cité à l'Ordre de l'armée, et nommé chevalier de la Légion d'honneur en Août 1915, il fut promu officier en 1923.

Notre collègue ne laisse pas d'enfants pour continuer une carrière médicale qu'avant lui-même avait illustré son père, le Professeur S. Cordier. Mais au foyer qu'il a quitté demeure celle qui fut la compagne incomparable de sa vie, celle qui sut si bien partager ses joies et ses souffrances, celle qu'il a aimée d'un amour dont les années n'avaient pas su altérer l'ardente jeunesse. Qu'à ce foyer cruellement meurtri, le souvenir de cet amour baigne de sa calme sérénité le long chapelet des jours.

A. DUFOURT.

Société française d'Histoire de la Médecine

1er Avril 1944.

M. A. FINOT expose, avec son talent habituel, la vie maladive de SÉNANCOURT. Le pessimiste auteur d'*Oberman*, des *Rêveries sur la nature primitive de l'homme*, des *Libres méditations d'un solitaire inconnu* fut un mélancolique, comme son père. De plus, d'après ses amis et surtout le témoignage de sa fille Eulalie, elle-même écrivain, il fut atteint de bonne heure d'atrophie musculaire que M. Finot pense pouvoir rattacher à une myopathie.

Quoiqu'un diagnostic rétrospectif soit toujours aléatoire, M. LAIGNEL-LAVASTINE, d'après le facies figé de Sénancourt et sa micrographie, émet l'hypothèse d'une maladie de Parkinson terminale.

M. LAIGNEL-LAVASTINE présente successivement :

1° De RENÉ ALLENDY, *Journal d'un médecin malade* ou six mois de lutte contre la mort, édité chez *Denoël*. Notre regretté confrère dans cette auto-analyse de ses derniers jours fait preuve des mêmes qualités cliniques et philosophiques qui ont fait le succès des *Tempéraments* et du *Problème de la destinée*.

2° De LOUISE HERVIEU, *le Malade vous parle*, édité chez *Denoël*, et où l'auteur de *Sangs* et du *Carnet de santé* clame les horreurs de l'hérédo-syphilis méconnue.

3° D'HENRY CHAUMARTIN, *l'Arrière-boutique de M. Fleurant*, volume imprimé par Ternet-Martin en Vienne-la-Romaine et deuxième plaquette de la collection « Petite histoire de la médecine ».

4° D'A.-N. RABOURDIN, *la Médecine au pays carnut au Moyen âge*, travail publié en 1943 dans les *Mémoires de la Société archéologique de Rambouillet* et qui est centré par l'histoire de la grande Ecole médicale de Chartres.

5° Et de G. THOUVENIN, *le Secret de saint Grégoire et la sainte Ampoule des rois d'Angleterre*, mémoire paru dans le bulletin des 2e et 3e trimestres de 1943 de la *Société des Antiquaires de l'Ouest*, dont le siège est à Poitiers. Cette sainte Ampoule est un peu la réplique de celle de saint Rémi.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livre Nouveau

La mononucléose infectieuse. (Adénolymphoïdite aiguë spécifique), par R. SOHIER. Préface du Prof. Lemierre. 1 vol. de 136 pages (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1943. — Prix : 70 francs.

Le médecin qui se trouve en présence d'un état infectieux avec réaction ganglionnaire et mononucléose peut être passablement embarrassé pour choisir la catégorie où le classer parmi les formes successivement décrites. En effet, depuis la « fièvre ganglionnaire » décrite par Pfeiffer en 1889, nombreuses ont été les dénominations proposées pour la désignation de ces faits ou de faits analogues : fausse leucémie lymphatique aiguë, angine à monocytes, adénolymphoïdite aiguë bénigne, etc. Parmi ces formes il en est une qui aujourd'hui parait présenter tous les caractères nécessaires à la reconnaissance de son autonomie, c'est la mononucléose infectieuse car elle s'individualise par un ensemble de signes cliniques et hématologiques que complète depuis quelques années une réaction sérologique spéciale : la réaction d'agglutination de Paul et Bunnel.

Par ses recherches personnelles et particulièrement par ses recherches sérologiques, M. Sohier a beaucoup contribué à l'édification de cette autonomie. Sa compétence hors pair le mettait dès lors à même de nous donner dans ce volume une excellente description de la mononucléose infectieuse, de ses formes atypiques, de ses formes compliquées et associées. Tout ce qui touche à la réaction sérologique de Paul et Bunnel a été spécialement traité avec souci du détail et rigueur critique.

Mais le lecteur trouvera aussi dans ce volume une étude nosologique très poussée discutant des rapports de la mononucléose infectieuse avec les états voisins et particulièrement de la place qu'elle doit occuper dans le groupe des mononucléoses et monocytoses infectieuses aiguës bénignes.

Dans ce chapitre d'hématologie infectieuse, le livre de M. Sohier, excellente mise au point, marquera sans aucun doute une date importante.

PH. PAGNIEZ.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Fonctionnement des Conseils régionaux et de la Chambre de discipline du Conseil national de l'Ordre des médecins.

DÉCRET N° 1608 DU 10 JUIN 1944 PORTANT RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE POUR L'APPLICATION DES LOIS DES 10 SEPTEMBRE 1942 ET 14 SEPTEMBRE 1943.

TITRE Ier. — Fonctionnement des conseils régionaux de l'Ordre des médecins.

CHAPITRE Ier. — *Inscription au tableau.*

Art. 1er. — Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme qui demande son inscription au tableau doit joindre à sa demande son acte de naissance, les documents d'état civil ou d'ordre militaire établissant la nationalité de son père, une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police de son diplôme de docteur en médecine et de ses titres universitaires et hospitaliers, un extrait de moins de trois mois de date de son casier judiciaire, un *curriculum vitæ* depuis le début de ses études médicales.

Cette demande doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président du Conseil régional.

Art. 2. — Lorsque le médecin, le chirurgien dentiste ou la sage-femme candidat est étranger ou n'est pas de nationalité française à titre originaire, il doit justifier, à l'appui de sa demande, de tous titres ou décisions l'autorisant à exercer en France.

Il n'est d'autre part pas dérogé aux dispositions du décret du 11 Août 1941.

Art. 3. — A la réception de la demande prévue à l'article 1er, le président du Conseil régional désigne un rapporteur parmi les membres du Conseil. Celui-ci procède à une enquête sur la moralité du candidat. Il fait un rapport écrit.

Le Conseil doit statuer dans le délai de deux mois à partir de la remise de la demande.

Aucune décision de rejet ne peut être prise sans que l'intéressé ait été convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception devant le Conseil régional pour y fournir ses explications. Cette décision doit être motivée.

Les décisions d'inscription ou de refus sont notifiées dans la huitaine du prononcé à l'intéressé ainsi qu'au Conseil du collège départemental dans lequel le candidat désire exercer son art.

Art. 4. — Le tableau de l'Ordre dans le département est publié chaque année au mois de Janvier. Ce tableau est déposé à la préfecture ainsi qu'aux parquets des divers tribunaux de première instance et aux mairies et pharmacies situées sur le territoire du département. Il est publié conformément aux prescriptions législatives et réglementaires. Des exemplaires en sont envoyés au Conseil national de l'Ordre des médecins.

CHAPITRE II. — *Discipline.*

Art. 5. — L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien dentiste ou une sage-femme est introduite par une plainte adressée au président du Conseil régional de l'Ordre.

Si la plainte émane du Conseil d'un collège départemental ou du Conseil national, elle doit être accompagnée du procès-verbal de la délibération décidant d'intenter les poursuites.

Avant d'intenter une action, le Conseil régional entend un exposé fait par l'un de ses membres. Il décide à la majorité s'il y a lieu de poursuivre.

CHAPITRE III. — *Dispositions concernant à la fois l'inscription au tableau et la discipline.*

Art. 6, 7, 8.. . . . . (Ces articles envisagent la procédure de l'action disciplinaire exercée par le Conseil régional.)

Art. 9 à 13.. . . . . (Ces articles édictent les règles relatives aux audiences du Conseil régional de l'Ordre des médecins.)

TITRE II. — Fonctionnement de la chambre de discipline du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Art. 14.. . . . . (Cet article définit la composition de la chambre de discipline du Conseil national de l'Ordre des médecins.)

Art. 15. — La chambre de discipline est saisie :

1° Par l'appel de tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme auquel a été refusée l'inscription au tableau, qui a été l'objet d'une sanction disciplinaire ou à la charge duquel des frais d'enquête ou d'expertise ont été mis dans les conditions prévues par l'article 11 ci-dessus ou, en ce qui concerne l'inscription ou le refus d'inscription au tableau, par le Conseil du collège départemental. . . . . (Suivent les formalités de l'appel.) . . . .

2° Par l'appel interjeté par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille dans les formes et les délais prévus.

L'appel a un effet suspensif.

Art. 16 à 23.. . . . . (Ces articles réglementent la procédure des délibérations de la chambre de discipline du Conseil national, les décisions prises.)

Art. 23. — Les attributions conférées par le présent règlement au président du Conseil national de l'Ordre sont exercées par le président de la section dentaire en ce qui concerne les chirurgiens dentistes et par le président de la section des sages-femmes, en ce qui concerne les sages-femmes.

Art. 24. — Toute décision de la chambre de discipline est exécutoire dès sa notification, sauf mention contraire de la décision. Elle peut être déférée au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir dans les formes et délais prévus par les lois et règlements.

TITRE III. — Dispositions communes.

Art. 25. — Les décisions des Conseils régionaux et de la chambre de discipline ne sont pas susceptibles d'opposition.

Art. 26.. . . . . (Cet article envisage les modalités du recours en revision qui peut être demandé : 1° par le praticien objet de la sanction; 2° par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.)

Art. 27. — Il n'est pas dérogé aux dispositions des lois prévoyant des procédures ou des peines différentes de celles mentionnées au présent règlement, en ce qui concerne les actes qui seraient reprochés aux médecins dans leur participation aux soins médico-sociaux.

(*J. O.*, 30 Juin 1944.)

Les Conseils régionaux pourront désormais obtenir le casier judiciaire N° 2 de leurs membres

Une loi (*n°* 236) *datée du* 30 *Juin* 1944, parue au *J. O.* du 4 Juillet 1944, modifie l'alinéa 4 de l'article 4 de la loi du 5 Août 1889 sur le casier judiciaire, et décide que le casier n° 2 sera délivré aux Conseils régionaux de l'Ordre des médecins, en vue de l'inscription de médecins, chirurgiens dentistes ou sages-femmes au tableau de l'Ordre, ou de l'exercice de poursuites disciplinaires.

Conseils régionaux

Chirurgiens dentistes

Par arrêté du 7 *Mai* 1944 : Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens dentistes, les conseils régionaux de l'Ordre des médecins sont complétés ainsi qu'il suit :

Région d'Angers. — Dr GAHINET (Angers), MM. BILLET (Nantes), LEMERCIER (La Flèche), MICHEL (Tours).

Région de Châlons-sur-Marne. — Dr KLEINPETER (Langres), MM. CARRÉ (Epernay), SCHWEITZER (Troyes), VOURIOT (Nogent-en-Bessigny).

Région de Clermont-Ferrand. — Dr FRAUDET (Vichy), MM. DELEAGE (Yssingeaux), LEFORT (Clermont-Ferrand), TRICOT (Aurillac).

Région de Lille. — Dr WAGON (Amiens), MM. GRAS (Roubaix), PORTEBOIS (Lille), TOULOTTE (Lens).

Région de Paris. — Dr BÉLIARD (Paris), MM. GUILLEUX (Meaux), PELLETIER-DUTEMPLE (Paris), PICAMAL (Enghien).

Région de Rennes. — Dr SCHMITT (Vannes), MM. CLORENNEC (Quimper), DUPREZ (Saint-Brieuc), LOUVET (Saint-Malo).

Conseil départemental de la Seine

Déclaration des Maladies contagieuses

Le Préfet de police, par une communication transmise par le Conseil du Collège départemental de la Seine, rappelle aux médecins qu'ils sont tenus d'une façon très stricte de déclarer les cas de maladies contagieuses prévues par la loi, sur les cartes-lettres détachées des carnets à souches dont ils sont possesseurs.

Ces carnets sont à leur disposition au Bureau d'hygiène de la préfecture de police, 11, rue des Ursins, Paris-4e.

Il est rappelé d'autre part, que le feuillet B de ces cartes-lettres doit être remis par leurs soins à la famille ou à son représentant chargé de la remplir et de l'envoyer au maire de l'arrondissement ou de la commune.

CRÉATION D'UN COMITÉ D'ORGANISATION des hôpitaux libres

Par décret 1428 *du* 31 *Mai* 1944, il est créé un Comité d'organisation des hôpitaux libres. Sont considérés comme hôpitaux libres pour l'application de ce décret, les établissements et formations médicales privés répondant aux conditions suivantes :

1° Poursuivre un but désintéressé; 2° n'être pas réservé exclusivement à un groupement ou à une société; 3° avoir une activité partiellement gratuite et à tout le moins principalement orientée vers des soins peu onéreux; 4° avoir en propre : son règlement, ses administrateurs, ses médecins.

Le Comité d'organisation des hôpitaux libres comprend : un comité de direction; un conseil tripartite; des groupes professionnels; des services.

Le *Comité de direction* qui se réunit au moins une fois par mois est composé de 15 membres nommés par le ministre secrétaire d'Etat à la Santé, dont un est désigné pour assumer les fonctions de président responsable.

Le comité de direction détient les pouvoirs conférés aux comités d'organisation par les lois en vigueur.

Le *Conseil tripartite* est composé de 9 membres choisis par le comité social national de la famille professionnelle de la Santé (et actuellement par la commission provisoire d'organisation qui en tient lieu).

Le conseil tripartite se réunit au moins une fois par an, sur l'initiative du comité de direction, qui doit le consulter sur son programme général d'action. Il est, d'autre part, tenu informé de l'action du comité de direction qui le réunit à cet effet au moins dix fois l'an et délègue auprès de ce comité un bureau permanent tripartite de trois membres, chargé de recueillir auprès de lui les informations nécessaires à sa documentation.

Groupes professionnels. — Les établissements définis ci-dessus sont répartis en groupes d'activité qui seront définis par arrêtés du ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

A chacun de ces groupes d'activité correspond un groupe professionnel du comité d'organisation, qui comprend tous les établissements exerçant, exclusivement ou non, une des activités du groupe.

Le groupe professionnel est représenté par un conseil élu par les établissements ou groupes, parmi les personnes physiques appartenant à la profession, et dont le nombre de membres est fixé par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à la Santé. Tous les établissements du groupe ont droit d'élection.

Les établissements du groupe sont répartis selon leur importance en catégorie de vote, et désignent dans chaque catégorie un nombre de membres du groupe proportionné à l'importance globale de cette catégorie. Ces membres doivent obligatoirement appartenir à des entreprises de la catégorie de laquelle ils sont élus. Au sein de chaque catégorie, les établissements disposent d'un droit de vote identique.

Le conseil de chaque groupe professionnel est renouvelé par tiers tous les ans. Les membres peuvent toutefois être révoqués avant expiration de leur mandat, par arrêté du ministre secrétaire d'Etat à la Santé.

Le conseil procède à l'élection d'un bureau de 3 membres, entre lesquels le ministre secrétaire d'Etat à la Santé choisit le président. Les 2 autres membres sont de droit vice-présidents.

Le conseil du groupe est obligatoirement consulté sur tous les projets intéressant le groupe et son avis doit figurer au dossier transmis au commissaire du gouvernement auprès de ce comité, pour approbation.

Services. — Le président responsable constitue les services administratifs nécessaires au fonctionnement du comité et, en particulier, le secrétariat des groupes professionnels, dont il assure la direction. Il est assisté dans cette tâche par un secrétaire général nommé par lui.

Commissaire du gouvernement. — Les fonctions du commissaire du gouvernement auprès du comité d'organisation sont exercées par le directeur de l'Assistance.

Les décisions réglementaires du comité d'organisation ne sont exécutoires qu'après avoir été revêtues de l'approbation expresse du commissaire du gouvernement. En cas de refus d'approbation de ce dernier ou passé un délai de 30 jours, le comité dispose d'un droit de recours devant le ministre secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille.

Le commissaire du gouvernement a libre accès dans les locaux du comité ainsi qu'aux réunions et séances du comité de direction dont il est régulièrement tenu informé. Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents et archives et effectuer ou faire effectuer toutes vérifications.

Les frais de fonctionnement administratifs du comité sont couverts par des cotisations perçues par le comité. Le comité d'organisation des hôpitaux libres est doté de la personnalité civile. Toutes les personnes qui, à un titre quelconque, collaborent ou participent aux travaux du comité sont tenues au secret professionnel conformément à l'article 378 du code pénal.

(*J. O.*, 4 Juillet 1944.)

CONSEIL SCIENTIFIQUE DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE de la Recherche antituberculeuse

Il est créé dans le département de la Seine, auprès du COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA TUBERCULOSE, un Conseil scientifique de la recherche qui aura pour mission d'orienter les recherches entreprises dans le domaine de la tuberculose et de donner son avis sur l'utilisation judicieuse des crédits qui y seront consacrés.

Sont désignés pour faire partie de ce Conseil : MM. TROISIER, COURCOUX, BRODIN, BARIÉTY, BROUET, KOURILSKY, CHEVALLIER, BOULENIER, TRÉFOUËL, NÈGRE et MAX JAYLE.

(*Bull. Mun. off. Paris*, 1er et 12 Juillet 1944.)

Diplôme d'État de sage-femme

Les intéressées pourront prendre connaissance du programme d'enseignement théorique et pratique et de l'organisation des stages en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme au ministère de la Santé et de la Famille, 7, rue de Tilsitt, à Paris, et Hôtel Radio, à Vichy.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — ELECTIONS. — Le Conseil de la Faculté a décidé de proposer à l'agrément du ministre, pour occuper la *chaire de Pharmacologie et matière médicale* (dernier titulaire, M. Tiffeneau) : en première ligne, M. HAZARD ; en seconde ligne, Mlle LÉVY.

Pour occuper la *chaire de Thérapeutique* (dernier titulaire, M. Aubertin) : en première ligne, M. GUY LAROCHE; en seconde ligne, M. TURPIN.

Pour occuper la *chaire d'Hydrologie et de Climatologie thérapeutique* (dernier titulaire, M. Chiray) : en première ligne : M. JUSTIN-BESANÇON; en seconde ligne, M. CACHERA.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lille. — M. INGELRANS, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Juin 1944, professeur de clinique chirurgicale infantile (dernier titulaire : M. Pierre Swynghedauw, transféré dans la chaire de clinique chirurgicale de la Charité).

Faculté de Médecine de Lyon. — M. L.-H. JOSSERAND, agrégé, est nommé, à titre provisoire, à compter du 1er Mars 1944, professeur de médecine expérimentale et bactériologie, en remplacement de M. Arloing, retraité.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. AUDRAN a été nommé chef de Laboratoire de chimie biologique. — MM. GUIDONI et LALIAM ont été titularisés comme chefs de clinique ophtalmologique. — Mlle GUYON a été titularisée comme moniteur de clinique ophtalmologique.

Direction régionale de la Santé

Par décret en date du 10 Juin 1944, M. OLIEU, médecin inspecteur de la Santé des *Alpes-Maritimes*, est nommé directeur régional de la Santé et de l'Assistance, en remplacement de M. Schneider, mis en disponibilité sur sa demande.

Inspection de la Santé

— M. Pierre BLANCHARD a été nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de la *Haute-Loire*, au maximum pour la durée des hostilités.

SANATORIUMS PUBLICS

Liste par région sanitaire des médecins agréés pour pratiquer les sections de brides dans les sanatoriums publics :

Régions sanitaires d'Amiens : MM. Foures et Ronce. — *Angers :* MM. Bernou, Geffriaud, Mlle Marécaux, MM. Perrin, Poumier, Rabourdin, Reyt et Véran. — *Bordeaux :* MM. R. de Lachaud, Le Lourd, Leuret, Piéchaud, Secousse. — *Clermont-Ferrand :* M. Renard. — *Dijon :* M. Sifflet. — *Grenoble :* MM. J. Arnaud, Demange, A. Fabre, Foix, L. Giaccardo, Marc Lamy, J. Lardanchet, J. Marie, L. Meyer, Perret, Perrier, Piot, Rautureau, Sivrière, Tanchon, Thibier, Tobé et Wellhoff. — *Lille :* Mlle Chemin, MM. Gernez-Rieux, d'Hour, J. Lacombe, P. Swynghedauw, R. Swynghedauw, Warembourg. — *Limoges :* MM. Delbecq, L. Deloulay, Garnier, de Leobardy, Marmet et Voinot. — *Lyon :* MM. Angirany, Berthoux, J. Brun, Despeignes, Dumeau, Le Tacon, Mlle de Loeschnigg, MM. Natalelli, Pichat, Pressat, Rigot, Rossignol, Villard et Dumont. — *Marseille :* MM. P. Fabre, Ch. Gau, Lefebvre, Lucien, M. Meyer, A. Rauch, Thibault. — *Montpellier :* MM. Corre, Lelong, G. Poncet, Vallade. — *Orléans :* Mme Bouchard, MM. Le Page, Roche, Roy, Thorain. — *Paris :* MM. Auriacombe, Azoulay, Baudoin, Baussan, Brissaud, M. Bucquoy, Chadourne, Descomps, Douady, Duret, Hautefeuille, Kérambrun, J. Lecœur, J.-M. Lemoine, Le Moniet, J.-P. Nico, Raisonnier, Mme Odile Rénié, M. Rolland, Mme Roux-Berger, MM. G. Thoyer, Tisca, Triboulet et P. Weiller. — *Poitiers :* M. Hubert. — *Rennes :* MM. Acher-Dubois, Kervran, Langeard, Mlle Péraud, M. Thomson. — *Rouen :* M. Aubriet, Mme Aubriet-Wolf, MM. Bocquet, Dénéchaud. — *Toulouse :* MM. Costes, Delaigue, Lebreton et Warnery.

Liste des chirurgiens agréés pour pratiquer la chirurgie thoracique dans les sanatoriums publics :

Régions sanitaires d'Amiens : M. Bachy. — *Angers :* MM. Fruchaud, Goyer, A. Joly, Mlle Marécaux, M. Maury. — *Bordeaux :* MM. Charrier, H. Grenet, Laumonnier, Loubat, Magendie, R. Perret. — *Clermont-Ferrand :* M. Weiss. — *Dijon :* MM. Girard et J. Henriet. — *Grenoble :* MM. Bonniot, H. Joly et Latreille. — *Lille :* MM. Camelot, Delannoy, Demarez, Desbonnets, Le Fort, Minne, Quenée, Razemon, P. Swynghedauw. — *Limoges :* M. Dreyfus le Foyer. — *Lyon :* MM. M. Ballivet, Bérard, Charton, Desjacques, Latarjet, Magnin, L. Michon, de Rougemont, P. Santy. — *Montpellier :* MM. Henri Estor, A. Guibal, Mourgue-Molines. — *Nancy :* M. Guillemin. — *Orléans :* MM. M. Brun, Errard, M. Luzuy. — *Paris :* MM. Baumgartner, J. Beuzard, B. Desplas, M. Iselin, M. Lebel, Mathey, Maurer, Milhiet, O. Monod, R. Monod, Quénu, Sauvage, R. Soupault, Wilmoth. — *Poitiers :* MM. Laffitte, Quivy. *Rennes :* MM. Blondeau et Gaume. — *Rouen :* M. J. Fresnay. — *Toulouse :* MM. Paul Dambrin, Ecot et Larrieu.

Liste des chirurgiens agréés pour pratiquer les opérations de chirurgie osseuse dans les sanatoriums publics :

Régions sanitaires d'Amiens : (Néant). — *Angers :* MM. Bureau et Debouvry. — *Bordeaux :* MM. Andrieu, J. Dabadie, Guérin, Lasserre, Perret, Pouyanne, Rocher. — *Châlons-sur-Marne :* M. Graffin. — *Clermont-Ferrand* (Néant). — *Dijon :* M. P. Malgras. — *Grenoble* (Néant). — *Lille :* MM. Cayre, Forest de Faye, Ingelrans, P. Swynghedauw, Tridon. — *Limoges :* MM. Barthélemy, Bazert, Bridot, Dreyfus-Le Foyer, Faugeron. — *Lyon :* MM. Brunat, Clavelin, Colson, Cuilleret, Guilleminet, Nové-Josserand, Pouzet, Tavernier, Trillat. — *Marseille :* MM. Bufnoir, Capelle, Lombard, Massart. — *Montpellier :* MM. Aimes, Estor, A. Guibal. — *Nancy :* M. Mutel. — *Orléans :* (Néant.) — *Paris :* MM. Allard, Calvé, Delahaye, Ducroquet, Galland, Huc, Lance, Leveuf, Mathieu, Albert Mouchet, H. Oberthur, Richard, C. Roederer, Sorrel. — *Poitiers :* M. Barret. — *Rennes :* MM. Benoist, Gaume, Le France. — *Rouen :* (Néant.) — *Toulouse :* MM. Charry et Sarroste. — M. Allenbach (de Strasbourg).

Concours et places vacantes

Clinicat. — Résultat du concours :

1° *Médecine.* — MM. ALBAHARY (Hôtel-Dieu), BAREAU et DEPIERRE (Broussais), RICHET (Bichat), LE SOURD (Saint-Antoine), M. COURY et Mlle TEYSSIER (propédeutique, Broussais), MM. DURET et LEFEBVRE (tuberculose, Laennec), HARDEL et PERRIER (cardiologie, Broussais), Mlle CORRE (maladies infectieuses, Claude-Bernard), MM. COMBES-HAMELLE (1re enfance, Trousseau), LE BOZEC et RISTUELHUEBER (maladies nerveuses, Salpêtrière), DANEL et GOUGEROT (maladies cutanées, Saint-Louis), DESCLAUX et TALAIRACH (maladies mentales, Ste-Anne).

2° *Obstétrique.* — Mlle MAGE et M. MOULLE (Tarnier).

3° *Urologie.* — M. COMPAGNON (Cochin).

4° *Chirurgie.* — MM. DESFOSSES et LEANDRI (Salpêtrière), WOLINETZ (neuro-chirurgie, Pitié), CAMPAGNE (Saint-Antoine), GERMAIN, EUDEL et GAUDRILLE (Hôtel-Dieu), AUPINEL, DEBOST, LEROY et POINTEAU (chirurgie infantile, Enfants-Malades), MARZET, RONSIN et FÉNELON (Cochin).

5° *Ophtalmologie.* — MM. BLANCART et BOUDON (Hôtel-Dieu).

Internat en Médecine des Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en médecine vacantes le 15 Avril 1945 (comportant également l'attribution des prix à décerner aux élèves externes en médecine, savoir : un prix, un accessit et deux mentions) sera ouvert le jeudi 12 Octobre 1944, à 9 heures, à la salle Wagram.

S'inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de Santé (escalier A, 2e étage), du 5 au 18 Septembre 1944 inclusivement.

Internat et externat des Hôpitaux de Limoges. — Un concours sera ouvert en Octobre 1944. S'adresser à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 44, cours Gay-Lussac, à Limoges. (Inscriptions exigées : 8 pour internat, 4 pour externat.)

O.-R.-L. adjoint de l'hôpital de Dijon. — Un concours pour une place aura lieu le 6 Novembre 1944 à Lyon.

S'adresser à la Direction régionale de la Santé, 3, place Ernest-Renan, avant le 21 Octobre.

Nouvelles diverses

Académie des Sciences. — Dans sa séance du lundi 26 Juin 1944, l'Académie des Sciences a procédé à l'élection de M. R. COURRIER, professeur au Collège de France, en remplacement de M. Bouvier, décédé (Section Anatomie et Zoologie).

Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de 10.000 francs décerné par l'Académie Duchenne-de-Boulogne à un travailleur indépendant dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales sera jugée la meilleure sera attribué le 1er Janvier 1945.

Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, avant le 1er Décembre 1944.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION

M. le docteur ARTHUR MARISSAL, décédé le 4 Mai, victime d'une agression.

LÉGION D'HONNEUR

Commandeur : M. TURCHINI, ancien directeur du service radiologique de l'hôpital de la Charité de Paris.

Chevalier (à titre posthume) : M. RIOU, chirurgien à l'hôpital de Nantes. Cité à l'ordre de la Nation le 13 Mars 1944. — M. N' Guyen Tang Chuan (Dalat, Annam), cité à l'ordre de la Nation.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Madame MAURICE CUVÉREAUX ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fils *Didier*. (Châteauroux, le 29 Juillet 1944.)

— Le docteur et Madame MICHEL CHAROUSSET sont heureux de faire part de la naissance de leur second fils, *René*. (Paris, 134, bd Raspail, le 1er Juillet 1944.)

— Pierre VAUTIER a la joie de faire part de la naissance de sa sœur *Hélène* et de son frère *Dominique*. (Docteur et Madame JEAN VAUTIER, 3, rue Travot, Les Sables-d'Olonne.)

— Françoise, Brigitte et Dominique LEMOINE sont heureuses d'annoncer la naissance de leur frère *Jérôme*. (Docteur J.-M. LEMOINE et de Madame née Cantonnet, Paris, 29 Juin 1944.)

— Monique et Carl ont la joie de faire part de la venue au monde de leur petit frère *Patrice*. (De la part du docteur et Madame TRAN BA HUY, 9, rue Morère, Paris-14e.)

— On nous prie d'annoncer la naissance des jumelles *Anne* et *Cécile*, 2e et 3e enfants de M. GUY LACRONIQUE, externe prov. des hôpitaux et petites-filles du docteur Gaston Lacronique, stomatologiste de l'hôpital Tenon.

— M. Claude PELLOT, interne des hôpitaux de Paris, et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur second enfant. *Brigitte*. (Paris-15e, 22, rue Th.-Renaudot.)

Mariages.

— On annonce le mariage du docteur PIERRE PILLA, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, avec Mademoiselle Madeleine Brachet, célébré le 7 Juin 1944. (Château Les Cônes, Blaye [Gironde].)

— On annonce le mariage de M. LE GLOUAHEC, interne à l'hôpital de Nevers, avec Mademoiselle MATTON, ex-sage-femme à la maternité de Nancy.

Décès.

— On annonce le décès des docteurs :

MAURICE DEVAUX, ancien externe des hôpitaux de Paris, survenu accidentellement le 2 Juillet 1944 à Martizay (Indre) ; HENRI LEFEVRE, vice-président du Conseil départemental du Cher, ancien vice-président de la Confédération des Syndicats médicaux français, survenu à Vailly-sur-Sauldre, le 13 Juin 1944 ; ALBERT DE VADDER, chirurgien-chef de l'hôpital de Saint-Denis ; BLONDEL [RAOUL-BRUNEL] (de Paris), à l'âge de 80 ans.

— On annonce le décès de MM. I.-C. RIACCHI, étudiant en médecine, tué au cours du bombardement de Falaise, fils du docteur J. RIACCHI ; OSCAR UHRY, père du docteur Pierre UHRY.

— On annonce les décès du Dr ROUJON, de Sumène (Gard), vice-président du Conseil départemental ; du Dr ANDRÉ LAURET (de Sète), survenu à Crest (Drôme) ; de Mlle LISE RAMUZ, étudiante en médecine (Montpellier).

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

JEUDI 8 JUIN. — M. Collangettes : *A propos de 2 cas de syphilis hépatique.* — M. Albrespy : *Sur le traitement de l'étranglement herniaire compliqué de lésions intestinales irréversibles.* — M. Brignon : *Un cas rare de cancer du tube digestif. Epithélium de l'angle duodéno-jéjunal.* — M. Bureau : *Radio-diagnostic du cancer du rein.* — M. Galliou : *Contribution à l'étude des fistules urétrales chez l'homme.* — M. Grisillon : *Anatomie pathologique et traitement de la scapulalgie.* — M. Loubière : *La cancérisation des fistules d'ostéomyélite chronique.* — M. Selle : *Résultats du traitement des cancers de l'utérus au Centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu.* — M. Gratsac : *Contribution à la lutte antialcoolique par la consommation du raisin conservé.* — M. Noack : *Hygiène des piscines parisiennes depuis* 1940. — M. Hubin : *De la prévention des maladies des piscines.* — M. Resche-Rigon : *Essai sur la psychologie de l'homme médecin devant la femme.* — M. Durand : *Les médications antihistaminiques.* — M. Durville : *Lumbagos et sciatiques. Leur traitement par le replacement vertébral.* — M. Rambaud : *Traitement moderne des fissures anales.* — M. Rey : *Le bismuth et ses succédanés en thérapeutique gastro-intestinale.* — M. Secques : *Contribution à l'étude des accidents rénaux de la gale.* — Mlle Breton-Robert : *La tuberculose et le BCG à Nantes, chez le nourrisson, pendant les années* 1936 *à* 1940. — Mlle Crouzatier : *Les désinsertions extra-pleurales dans l'opération de Jacobæus.* — M. Hardel : *La coupe* sériée des crachats dans le cancer des bronches. — *M. Jadot : Réflexions sur le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires.* — M. Momal : *L'érythème noueux au cours des tuberculoses évolutives.* — M. Alerme : *Considérations cliniques sur l'issue de vitré au cours des opérations oculaires.* — M. Boudon : *Contribution à l'étude des sarcomes choroïdiens du pôle postérieur de la région papillomaculaire.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Le Docteur Pierre Zizine (Labor. Zizine) met en garde ses confrères contre les agissements d'un individu qui commet actuellement des escroqueries en se faisant passer pour un membre de sa famille et sous des prétextes divers. Le signaler aux services de police le cas échéant.

Cherche infirmier psychique, bon. présent., énergique, caractère agréable, pour malade environs Paris. Ecr. *P. M.*, n° 707.

Chirurgien cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 730.

Achèterais ophtalmoscope Thorner (Bush fabr.) grille métall. Lysholm 30×40, parf. état et étalonneur pour ionomètre Solomon. Ecr. *P. M.*, n° 766.

Important cabinet dentaire à céder à Nice. Riche clientèle, matériel moderne. Ecr. *P. M.*, n° 767.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm., clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Jne méd. ch. pl. assistant ch. électro-radiologue en vue prendre succ. ds un temps plus ou m. long. Ecr. *P. M.*, n° 787.

Jne fille, diplôme chimiste, au courant bactériologie, ch. empl. Labo ou industrie à Paris. Ecr. *P. M.* n° 791.

A vendre microscope à immers. Objec. séparés à sec et à imm. ocul. ordin. et compensat. ultramicroscope, ch. claire, polarisat. à nicols. Lampe U. V. Ecr. *P. M.*, n° 800.

Suis acheteur boîte de verres et ophtalmomètre de Javal. Ecr. *P. M.*, n° 801.

Jne chir. anc. interne, ch. poste assistant Midi, Sud-Est. A. Julian, 34, rue Félix-Faure, Cannes.

Médecin réfugié Ouest, céderait son poste radiodiagnostic « Radiolix ». S'adresser Dutrix, 14, av. de l'Observatoire, Paris-6e. Tél. : Dan. 79-96.

Fauteuil roulant à vendre, état de neuf. Ecr. *P. M.*, 814.

Ain, pays de Bresse. Poste médic. tr. import., belle instal. médic. av. radio, I. R., U. V. à reprendre après décès. Ville agréable. Collège. Ecr. *P. M.*, n° 815.

A vendre : 1° une lampe de Kromayer, marque Hanau, av. localisateur quartz ; 2° un appareil diathermie Drapier. Ecr. *P. M.*, n° 817.

Visiteuse médicale, 13 a. prat. sur Paris, ch, représent. Labo pour Paris. Ecr. Mlle Dauptain, 6, rue Gérando, Paris-9e.

Laborantine, bactériologiste expérimentée, au courant anal. méd. chimiques, dem. emploi Labo. Ecr. *P. M.*, n° 820.

Jne femme, Dr en médecine D. F. M. P., dipl. bactériol., sérologie, hématologie, ch. sit. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 821.

J. F. bonne famille, 18 a., entière expér. appareils radiographie, manutent. et traitements, recherche empl. assist. ch. méd. radiolog. Ecr. Dupin, 10, r. Henri-Duchêne, Paris-15e.

Secrétaire st.-dactylo, connaissant trav. de Labo., ch. empl. de préf. pour Septembre. Bonnes réf. Ecr. *P. M.*, n° 823.

Jne médecin, titré, cherche occupation. Ecr. *P. M.*, 824.

Jne fille, chimiste, bactério exp., ch. place stable dans Labo anal. médic. Libre suite. Ecr. *P. M.*, n° 825.

Jne fille tr. au cour. secrétar. médico-social, ch. sit. stable ds administr. ou usine. Midi ou Prov. de préf. Ecr. *P. M.*, 826.

Labo d'analyses dem. : 1° 1 collaborat. méd. pr prélèv. et collab. aux rech. cyto-bactér. ; 2° une secrét. ; 3° des assist. spéc. en séro-bact. ou chimie biol. ; 4° une assist. début. pr ces mêmes serv. (Aucun dipl. nécess.) Service des Techniciens, 2, cité Milton, Paris. Visa n° 07.896.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine).
Numéro d'autorisation, 88.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ABCÈS DU POUMON

A PROPOS DE 85 OBSERVATIONS

PAR MM.

P. SANTY et **Marcel BÉRARD**

(Lyon)

L'un de nous, dans la thèse de son élève Perrin, rapportait en 1939 la statistique globale des cas d'abcès du poumon qu'il avait opérés en dix ans. 50 interventions, 24 guérisons, soit un taux de mortalité de 52 pour 100 : tels étaient les chiffres assez décevants que révélait cette enquête.

Au cours de ces trois dernières années, nous avons opéré 85 malades avec 15 décès, soit une mortalité d'ensemble de 16,5 pour 100. La seule comparaison de ces chiffres est susceptible de tempérer la crainte — longtemps motivée — qu'inspirait le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires. Encore nous semble-t-il justifié d'établir une distinction entre les cas pour lesquels nous sommes intervenus et de ne pas mettre sur le même plan l'ouverture d'un abcès aigu à la sixième semaine de son évolution, et la pneumo-résection d'une pyosclérose vieille de plusieurs années. Or, notre statistique comprend le nombre intégral des suppurations pulmonaires que nous ayons traitées chirurgicalement : elle comporte de ce fait une proportion relativement importante de cas graves, grevés d'une lourde mortalité opératoire.

Un des facteurs principaux de cette gravité est représenté par l'ancienneté des lésions. 14 de nos malades ont été opérés après plus d'un an d'évolution — après cinq ans dans un cas, sept ans dans un autre. Dans l'ensemble, la durée moyenne d'évolution de ces cas chroniques était supérieure à deux ans.

Mais l'âge des lésions ne constitue pas le seul élément de pronostic opératoire. Certains de nos malades, bien que présentant un passé bacillaire indiscutable, ont été malgré tout pneumotomisés, après échec d'un traitement médical prolongé. Le danger du réveil de lésions tuberculeuses est alors certain ; les échecs que nous avons enregistrés dans ces cas doivent inciter à la prudence chirurgicale en semblable occurrence.

Enfin, délais d'évolution et antécédents mis à part, il est des formes graves de suppurations extensives chez des individus âgés ou tarés, en face desquelles l'acte chirurgical se présente comme l'ultime ressource : l'espoir de succès parfois inespérés permet de courir alors le risque d'inévitables catastrophes, et c'est pourquoi nous n'avons jamais posé de contre-indications opératoires tirées de la gravité de l'état général, de la chronicité ou de la diffusion des lésions.

Ainsi nous paraît-il logique de répartir nos opérés — de façon assez schématique — en 2 catégories :

Indications discutables ou « cas limites ».
Bonnes indications.

Or, parmi nos 15 échecs, 13 fois il s'agissait de « cas limites » :

2 morts après lobectomie (un abcès chronique centro-lobaire, une pyosclérose ancienne).
4 morts par généralisation tuberculeuse à échéance plus ou moins lointaine (de un à quatre mois) chez des bacillaires anciens.
2 morts pour formes très graves et extensives : dans un cas, abcès gangréneux bilatéral, pneumotomie réalisée avec succès d'un côté, mort par abcès cérébral avant l'ouverture du deuxième abcès; dans l'autre cas, défaillance cardiaque le surlendemain du temps de cloisonnement pleural chez un malade de 50 ans, cirrhotique et porteur d'un abcès gangréneux.
5 morts en cas de pyoscléroses anciennes : une hémorragie d'un gros vaisseau pédiculaire en cours d'intervention; 4 fois continuation d'évolution après pneumotomie, la vérification nous ayant révélé dans ces cas la diffusion des lésions à tout le lobe.

Nous n'avons eu par contre à déplorer que 2 morts dans ceux de nos cas qui correspondaient à de bonnes indications :

Une embolie gazeuse mortelle en cours de pneumotomie.
Un pyo-pneumothorax putride consécutif à une effraction pleurale au cours du drainage d'un abcès gangréneux que nous avions eu le tort d'opérer en un temps, sur la foi d'une plèvre apparemment symphysée.

Peut-être cette distinction entre « bons » et « mauvais » cas paraîtra-t-elle spécieuse pour assigner une mortalité de 3 pour 100 (2 morts sur 72 opérés) au traitement chirurgical de l'abcès du poumon. Mais, dans une de ses dernières publications portant sur plus de 100 cas, Neuhof fait état de chiffres analogues. Or, la pneumotomie est pour lui de règle de la troisième à la sixième semaine d'évolution de l'abcès. Allégeons notre statistique des cas de vieilles pyoscléroses qui nous ont donné le plus d'échecs et n'en gardons que les interventions d'*indications précoces*, que ces indications soient bonnes ou mauvaises : nous arrivons au chiffre de 4 morts sur 74 opérés, soit un taux de 5 pour 100 de mortalité.

Mais seul ne pourrait entrer en ligne de compte pour juger de la valeur du traitement chirurgical de l'abcès du poumon le taux de la mortalité opératoire, même si ce taux comporte, comme nous l'entendons, les continuations d'évolution malgré pneumotomie, avec issue fatale dans les deux ou troisième mois qui suivent l'intervention. Encore faut-il envisager la qualité du résultat obtenu, et établir une distinction entre les malades qui guérissent de façon tant complète que définitive et ceux qui gardent quelque séquelle ou récidivent à plus ou moins lointaine échéance.

Les séquelles de la pneumotomie pour abcès du poumon sont de deux ordres : la fistule bronchique cutanée, la persistance d'une expectoration purulente malgré nettoyage radiologique de l'ancien foyer de pneumotomie.

7 de nos malades ont présenté une fistule bronchique (nous estimons que l'on peut parler de fistule quand la cicatrisation complète du foyer de pneumotomie n'a pas été obtenue au sixième mois). Dans tous les cas, il s'agissait d'indications retardées ou tardives, abcès aigus opérés après le quatrième mois, ou pyoscléroses vieilles de plus d'un an. Trois fois la fistule a pu être fermée à la longue par des moyens simples : électro-coagulation ou cautérisation au nitrate d'argent. Dans 4 autres cas, ces procédés mineurs ayant échoué, nous avons l'impression que la fistule est définitive, qu'il s'agisse de trajets pleuro-pulmonaires complexes communiquant avec une bronche rigide et chroniquement infectée ou de pertes de substance pulmonaire importantes et sans tendance au comblement spontané. Des interventions plastiques secondaires sont dans ces cas laborieuses, souvent décevantes et non dépourvues de danger ; et nous n'avons pas l'expérience des greffes musculaires pédiculées dont les auteurs étrangers, Craaford en particulier, ont publié d'intéressants résultats.

Mais si la fistule bronchique est à craindre dans les suites d'abcès opérés tardivement, jamais nous n'en avons vu se constituer en cas d'interventions précoces avant le troisième mois. Le parenchyme périlésionnel demeuré sain se réexpand alors avec une étonnante rapidité, les délais de cicatrisation complète n'excédant guère un mois et demi à deux mois.

Les bronchectasies secondaires, entretenant une expectoration purulente plus ou moins importante après comblement du foyer de pneumotomie, sont de même l'apanage des interventions tardives. La bronchographie lipiodolée nous a confirmé leur fréquence dans ces cas, mais nous a révélé aussi leur caractère souvent segmentaire et localisé au siège de la suppuration ancienne. Ces bronchectasies, de caractère cylindrique et susceptibles d'amélioration du fait de thérapeutiques appropriées, n'ont jamais marqué de tendances évolutives fâcheuses. Nous les avons vues généralement s'estomper assez vite, surtout chez des malades disciplinés et acceptant de se soumettre au postural drainage de façon suffisamment prolongée et régulière.

La proportion exacte de ces cas de séquelles bronchiques après intervention est difficile à préciser, ceux de nos malades qui présentaient quelque expectoration après la fermeture du foyer de pneumotomie n'ayant pas été lipiodolés de façon systématique. Mais cette proportion est dans son ensemble relativement faible, car elle ne porte que sur les seuls cas d'abcès opérés tardivement ou au stade de la pyosclérose constituée. Jamais nous n'avons observé de bronchectasies résiduelles chez des malades opérés avant le troisième mois.

Ainsi, de la précocité de l'indication opératoire ne dépend pas seulement un abaissement considérable du taux de la mortalité immédiate, mais l'absence de toute séquelle tardive.

Les malades guéris de façon complète le sont-ils aussi de façon définitive ? Le recul avec lequel nous pouvons juger un nombre important déjà de cas revus et radiographiés de façon systématique nous permet de répondre par l'affirmative. Nous n'avons observé que 2 récidives, l'une quatre mois, l'autre dix-huit mois après l'intervention. Encore s'agissait-il de malades rapidement cicatrisés après pneumotomie, et chez lesquels vraisemblablement la fermeture du plan cutané avait devancé le comblement de la perte de substance pulmonaire sous-jacente. Dans l'un et l'autre cas, la réouverture de l'ancien foyer de pneumotomie fut suivie de rapide guérison.

Il nous faut signaler enfin le danger que représente chez ces opérés l'éventualité, à plus ou moins lointaine échéance, de tuberculose pulmonaire. Deux de nos malades guéris très simplement par drainage pour des formes précoces d'abcès furent revus tardivement — quatorze mois l'un, dix-huit mois l'autre — avec une température élevée, une expectoration abondante, et surtout la réouverture spontanée de l'ancien foyer de pneumotomie. Les crachats fourmillaient de B. K. et la radiographie révélait une évidente granulie. Sans doute s'agissait-il chez l'un et l'autre malade de cas un peu particuliers : l'un pensionnaire d'asile, l'autre vagabond.

L'association de tuberculose et d'abcès — dans ses diverses modalités — a suscité de nombreuses études, au premier rang desquels figurent les travaux de Sergent. Cette association représente une notion classique à l'heure actuelle, et il ne faut pas en mésestimer les risques. Nous avons dit déjà combien la présomption de bacillose devait rendre prudente la discussion de l'indication chirurgicale. Nous croyons prudent aussi — et dans la mesure évidemment du possible — de prémunir contre cet éventuel danger les malades opérés, en les incitant à s'astreindre à des règles élémentaires d'hygiène, longtemps même après la guérison définitive de leur suppuration.

Il serait vain de classer les résultats du traitement chirurgical de l'abcès du poumon d'après les types d'interventions pratiquées chez nos malades, l'immense majorité d'entre eux ayant été pneumotomisés, que ce soit en un ou deux temps.

Cependant, la variété des indications que nous

avons eues à remplir explique la diversité des actes chirurgicaux auxquels nous avons été conduits.

Soixante-dix-sept fois (c'est-à-dire 75 malades, 2 d'entre eux ayant été opérés d'abcès bilatéral) nous avons pratiqué une pneumotomie.

Trois fois nous avons assisté à l'évacuation bronchique de la suppuration et constaté la disparition radiologique de l'image d'abcès sous le fait du seul tamponnement de la plèvre lors du premier temps (c'est, rappelons-le, la méthode que préconisait Sauerbruch par tamponnement serré ou « plombage » en regard du foyer de suppuration). Le temps de pneumotomie a été dans ces trois cas inutile.

Nous avons lobectomisé 3 malades.

Une fois pour pyosclérose avec hémoptysies répétées : l'intervention difficile et choquante sur plève symphysée a été vouée à l'insuccès.

Deux fois il s'agissait d'abcès chroniques anciens, centrolobaires et bien localisés.

Nous avons guéri un de nos malades.

L'autre, une enfant, a fait dans les vingt-quatre premières heures une hyperthermie mortelle dont nous n'avons pu préciser l'origine.

Les interventions d'exérèse pour abcès ont certainement des indications limitées. Elles semblent à proscrire dans les formes extensives, sécrétantes, pyoscléreuses et s'accompagnant de réactions pleurales importantes. Par contre, lors de cavités résiduelles limitées sans remaniement parenchymateux marqué de voisinage, et surtout si la plève, sinon libre, n'est du moins que lâchement symphysée, la lobectomie peut être discutée avec des chances raisonnables de succès.

Trois fois nous avons pratiqué une thoracoplastie apicale en cas d'abcès du sommet chronique, avec 2 succès apparemment complets (l'un d'eux concernait une thoracoplastie sur drainage) et un succès partiel (diminution du taux de l'expectoration, mais sans asséchement définitif des lésions).

L'indication de collapsothérapie en cas de suppurations pulmonaires ne saurait être posée sans les plus grandes réserves. L'affaissement de cavités sécrétantes et surinfectées est gros de risques : risques pleuraux en cas de plèvre insuffisamment symphysée, risques parenchymateux surtout par diffusion lobaire ou extension de la suppuration à la base. Chez nos opérés, il s'agissait de lésions très anciennes, stabilisées, ayant largement excavé le sommet, au-dessus des ressources de la pneumo-cunéo-résection la plus complète. Nous avons préparé de longs mois ces malades en milieu hospitalier par broncho-aspiration, sulfamidothérapie. Ainsi nous a-t-il été possible d'intervenir « à froid », et sans complications post-opératoires.

Ces indications, répétons-le, ne sont que d'exception. Plus exceptionnel encore le drainage endo-cavitaire que nous n'avons pratiqué que chez un seul de nos malades. Il s'agissait alors d'abcès géants du sommet avec grand niveau liquide. Le drainage de la cavité a permis d'améliorer tout d'abord ce malade et de le guérir secondairement par une thoracoplastie du sommet sur aspiration. La sonde a pu être alors enlevée, sans que réapparaisse la cavité. Ce type très particulier d'abcès géants mis à part, le drainage endo-cavitaire est illogique dans l'immense majorité des cas :

Parce qu'il implique la traversée d'une plèvre non certainement symphysée, avec tous ses risques de contamination et de pyo-pneumothorax.

Parce qu'il ne réalise pas en cas d'infection à anaérobies l'aération large des lésions, qui est un des buts recherchés par la pneumotomie.

Parce que surtout ce drainage est incapable d'extraire du foyer d'accès l'escarre endo-cavitaire, et qu'ainsi persiste la cause de la suppuration.

Si des méthodes nombreuses peuvent être opposées aux suppurations pulmonaires, la pneumotomie, à une phase encore précoce de l'évolution de l'abcès, représente de très loin dans cette gamme l'acte chirurgical le plus simple, le plus constant dans ses résultats, et d'une bénignité certaine.

Abandonné à son évolution spontanée, l'abcès du poumon ne guérit de façon complète et définitive qu'à peine dans la moitié des cas. Ne vaut-il pas mieux — aux risques d'une mortalité qui ne doit plus dépasser 5 pour 100 — opérer avant le deuxième mois certains mêmes de ces malades qui couraient encore la chance de guérir spontanément, que réserver à la chirurgie les pyoscléroses invétérées, au delà souvent de toute ressource thérapeutique ?

REMARQUES SUR LA TUBERCULOSE GÉNITALE DE L'HOMME

PAR MM.

B. FEY et **R. COUVELAIRE**

(Paris)

La fréquence actuelle des tuberculeux génitaux mâles est impressionnante. Cette fréquence, en offrant les possibilités d'un plus long travail d'analyse, justifie, sur le plan pratique, le désir de nuancer les indications thérapeutiques, car il convient d'avouer qu'elles le sont fort peu, tant l'épididymectomie a pris figure d'un corps de doctrine.

Ce sont les *limites de son action* et le *choix du moment* propice à son exécution que nous croyons utile de préciser à la lumière des observations que nous avons recueillies.

***

Quand on parle « d'épididymectomie » on imagine l'ablation pure et simple de l'organe. A cet égard la réalité des faits est loin de la clarté des planches. Ce n'est pas cette opération facile et typique que la plupart des traités se plaisent à schématiser. Ce n'est pas non plus une opération difficile. C'est une opération délicate.

A vrai dire ce n'est pas une épididymectomie, mais l'ablation — si possible en vase clos — de tout le tuberculome, y compris ses prolongements dans les parties molles. L'objectif est d'isoler un testicule sain et son pédicule nourricier, afin de conserver une glande ou un moignon de glande indemne à l'œil nu et bien vascularisée. Peu importe pour ce faire qu'on affirme sa préférence pour la lame du bistouri, le feu du galvanocautère, ou l'étincelle du bistouri électrique, l'essentiel est de séparer le tissu malade du vif, de ne pas hésiter à faire le sacrifice cutané nécessaire s'il existe fistules ou décollements, de ne pas craindre non plus de poursuivre jusque dans le testicule les prolongements du tuberculome dont l'albuginée résistante sera soigneusement refermée.

***

L'épididymectomie ne saurait prétendre à des vertus radicales, à l'image des opérations d'exérèse en matière de lésion inflammatoire. Ce n'est qu'une *opération locale* guérissant — en plus ou moins longtemps — le foyer apparent et facilement palpable d'une tuberculose génitale qui n'est elle-même que l'expression fréquente d'une tuberculose rénale muette pour ceux qui ne cherchent pas à la démontrer.

Voici l'énumération de quelques raisons qui expliquent les limites rationnelles de son action :

1° *Il n'existe pas de primo-infection génitale.* — L'atteinte génitale n'est qu'un cas particulier de la maladie tuberculeuse dont le foyer initial éteint ou guéri siège habituellement au niveau de l'appareil pleuro-pulmonaire ;

2° *La tuberculose génitale accompagne, précède ou suit la tuberculose rénale* (F. Legueu). — Nos constatations corroborent à cet égard les données apportées en 1935 par M. Chevassu grâce à l'uretéro-pyélographie rétrograde, et celles plus récemment publiées par Delaye et Lacaux.

Cent dossiers comprenant des explorations bactériologiques, endoscopiques et radiologiques complètes ne nous ont permis que 7 fois d'éliminer avec certitude le diagnostic de tuberculose rénale concomitante, encore qu'il nous soit impossible avec nos procédés actuels d'investigation de faire la preuve d'une tuberculose corticale parenchymateuse fermée. L'un de nous vient d'observer un malade qui, castré à droite en 1916, épididymectomisé à gauche en 1921, n'a présenté qu'en 1943 les premiers signes d'une tuberculose rénale ayant silencieusement détruit le rein ;

3° La tuberculose génitale n'est pas une tuberculose proprement épididymaire. C'est une *tuberculose canaliculaire diffuse* (comme la tuberculose génitale de la femme). Elle infiltre la voie spermatique, l'épididyme qui n'est qu'un long tube replié sur lui-même, le déférent, la vésicule séminale, autre tube pelotonné sur lui-même et l'éjaculateur le plus court de tous et cependant le plus électivement atteint.

L'épididymite tuberculeuse n'est ni la cause ni la conséquence des lésions profondes perçues au toucher rectal. Elle est seulement la localisation la plus facilement décelable d'une tuberculose génitale plus ou moins diffusée, quelle que soit l'origine hématogène, lymphatique ou canaliculaire de cette diffusion.

Aussi bien, et contrairement à la règle classique, voit-on souvent les lésions profondes persister ou évoluer pour leur propre compte après épididymectomie. On les dit rares seulement parce qu'elles restent souvent ignorées de leur porteur ;

4° Il s'en faut que le *testicule* soit toujours indemne. Outre les formes massives de panorchite tuberculeuse aiguë et celles très rares où l'atteinte testiculaire existe à l'état de pureté (24 cas réunis par Nicolas Mihailoff), la biopsie testiculaire décèle dans les formes épididymaires habituelles la présence quasi constante de lésions tuberculeuses caractéristiques.

Ce n'est pas parce que le tissu testiculaire se défend bien contre le bacille de Koch tandis que la voie canaliculaire permet par diffusion lymphatique sous-muqueuse une grande extension qu'il convient de minimiser l'atteinte glandulaire.

5° *Cas particulier de la maladie tuberculeuse,* la tuberculose génitale mâle est soumise à la règle qui domine toute la chirurgie de la tuberculose en général : ne jamais intervenir en période de poussée évolutive, attendre pour opérer que les lésions soient stabilisées et refroidies. Méconnaître ce principe expose à des suites opératoires défavorables (tuberculisation de la plaie, fistules multiples, notamment du moignon déférentiel) ou même à des désastres (généralisation, granulie, méningite). Si ce principe fondamental est souvent difficile à appliquer, notamment dans les tuberculoses rénales où aucun signe clinique ne renseigne avec certitude sur le potentiel évolutif de la lésion, il est aisé de le suivre dans les tuberculoses génitales où le foyer s'offre à l'examen ; si bien qu'il serait impardonnable de ne pas l'appliquer.

Pour conclure, il faut considérer l'épididymectomie non comme une opération radicale, mais comme une *opération de propreté,* contre-indiquée en présence de lésions précoces ou en pleine évolution, mais d'indication logique en présence de lésions vieilles, stabilisées et, par voie de conséquence, généralement fistulisées.

A un autre point de vue, l'épididymectomie constitue une *opération de sauvegarde du testicule* — plus précisément de protection de l'albuginée testiculaire contre l'effraction d'un tuberculome épididymaire — et ses indications sont dominées par la *préoccupation de conserver au moins un testicule pour assurer la fonction endocrine.*

***

Les indications thérapeutiques découlent des faits que nous venons d'exposer.

A. Il convient avec sagesse de s'abstenir dans *trois circonstances* :

1° Lorsque le diagnostic de tuberculose génitale n'est que trop évident et constitue un épiphénomène au cours de l'évolution d'une tuberculose viscérale grave ;

2° Lorsque le diagnostic n'est que trop incertain et qu'il existe un noyau caudal dont seule l'évolution fixera avec certitude la nature ;

3° Lorsque la maladie tuberculeuse génitale est aiguë, qu'il s'agisse de la forme à début aigu ou de poussées aiguës en cours d'évolution d'une forme chronique. Le caractère aigu de la maladie se juge par l'état local du scrotum (chaleur, œdème, rougeur, abcès évoluant vers les téguments), par l'état du cordon (lymphangite entourant ou noyant la déférentite), par l'état général (courbe thermique, amaigrissement récent, asthénie). Tout au plus se bornera-t-on à passer un séton dans la cavité d'un abcès proche de la superficie. Le repos, la suralimentation, la vaccinothérapie (V. A. V.) ou l'emploi de l'antigène méthylique permettront d'attendre que la lésion soit refroidie, ait vieilli. Opération de propreté, l'épididymectomie a pour indication de choix, nous aimons à le répéter, l'exérèse d'un tuberculome assoupi, limité et fistulisé.

B. *Maladie d'appareil et non maladie d'organe, la tuberculose génitale ne sera jamais traitée par épididymectomie avant de connaître l'état des reins.*

a) Parfois, le ou les reins sont manifestement atteints.

La primauté du foyer rénal n'est pas que doctri-

nale ; dans ce cas particulier elle est aussi thérapeutique. Il est le foyer principal. Si la tuberculose rénale est unilatérale et la défaillance fonctionnelle du rein importante, la néphrectomie est l'acte opératoire essentiel. Il est souvent possible de pratiquer dans le même temps opératoire l'ablation d'un tuberculome intrascrotal unilatéral. Que si ce tuberculome épididymaire est encore à l'état de crudité ou en état de pleine évolution, mieux vaut remettre à plus tard son ablation. On aura parfois l'heureuse surprise, après la néphrectomie, d'assister à l'évolution spontanément favorable d'une épididymite dont on estimait l'ablation nécessaire. Plusieurs de nos malades ont guéri et sclérosé des foyers épididymaires importants dans les mois qui ont suivi la néphrectomie. Fait curieux à souligner, les suites éloignées de néphrectomie pour tuberculose ne nous ont pas paru moins favorables chez des porteurs de tuberculose génitale, mais plutôt meilleures.

b) Souvent la lésion rénale est muette.

Il est curieux de souligner cette évolution dissociée. La lésion génitale est apparemment grave et quoique creusé de cavernes le rein ne trahit sa suppuration que par des décharges pyuriques à éclipses. S'il convient de ne pas oublier que le malade nous consulte pour le traitement de la lésion génitale, nous devons si l'un des reins est détruit à bas bruit persuader son porteur de la nocivité du foyer qu'il ignore, et si ce rein a conservé une valeur fonctionnelle appréciable et une morphologie peu modifiée, le persuader de l'intérêt d'une surveillance régulière (en particulier grâce à l'urographie intraveineuse), sans lui imposer une néphrectomie temporairement injustifiée.

c) Les indications locales doivent être envisagées dans un esprit radicalement différent, suivant que la tuberculose génitale est uni ou bilatérale.

1° *Tuberculose génitale unilatérale.* — L'épididymite évoluée, au stade où la fistulisation en représente la séquelle, est à nos yeux, au moment où cette fistule persiste, l'indication principale, l'indication de propreté.

Ce n'est pas le volume du tuberculome qui influe, mais bien son stade évolutif. Un volumineux cimier de casque est parfois d'exérèse plus simple qu'un tuberculome caudal qui envoie dans le testis un prolongement d'importance au point que la glande se vide dès son albuginée ouverte. Le sacrifice du testicule ne sera consenti qu'imposé par les lésions, le malade étant toujours préalablement prévenu de cette possibilité. Souvent un moignon testiculaire conservé garde indéfiniment sa morphologie post-opératoire, cependant qu'une atrophie testiculaire par nécrose ischémique succède à l'ablation d'une lésion exclusivement épididymaire.

Quelle conduite adopter vis-à-vis du tubercule cru ? Il existe au niveau de l'appareil génital comme ailleurs des tuberculoses abortives et des tuberculoses fibreuses. Leur réalité nous conduit à ne pas hâter l'échéance de l'épididymectomie dans ces cas. Il convient de reconnaître qu'un tubercule cliniquement cru est parfois le siège d'un abcès froid, alors même que son porteur ne signale depuis des années aucune modification dans sa consistance ou son volume. Mais leur nocivité n'est pas prouvée et leur ablation ne met pas à l'abri de l'évolution fâcheuse des lésions génitales profondes ou de la prise du côté opposé.

Si bien qu'aucun argument formel ne nous paraît devoir être retenu en faveur de leur ablation précoce.

2° *Tuberculose génitale bilatérale.* — Le souci de placer au moins un des testicules à l'abri d'une effraction de son albuginée conduit à envisager tout différemment les indications opératoires.

En présence de *lésions bilatérales contemporaines* l'hésitation n'est pas permise si elles sont inégales. Il convient par le repos, la physiothérapie et la vaccinothérapie, de hâter l'assoupissement des lésions pour opérer le côté le moins atteint.

Ainsi conservera-t-on le testicule au cours de la première opération, car il est toujours périlleux d'aborder un foyer tuberculeux intra-scrotal lorsque le côté opposé a préalablement subi la castration.

En présence de *lésions bilatérales successives*, si la première opération a permis la conservation du testicule on se trouve dans les mêmes conditions que pour décider de l'ablation d'un tuberculome unilatéral. Si au contraire la première opération a été une castration il est prudent d'entreprendre, dès qu'elle sera possible, une épididymectomie du côté restant.

Pour n'être pas apparentes il existe des *lésions bilatérales « virtuelles »*. Ce sont celles où à l'épididymite unilatérale s'ajoute une éjaculatorite du côté opposé, laissant prévoir à plus ou moins brève échéance la prise de l'épididyme jusque-là respecté. Cette éventualité très particulière a été étudiée par le Prof. G. Marion : « J'estime qu'il faut devancer la descente dans l'épididyme. » Plutôt que la section du déférent qui ne met pas à l'abri de cette descente (argument de plus contre la dissémination par voie canaliculaire) et qui ne permet plus toujours l'isolement du pédicule vasculaire de la glande s'il devient nécessaire de pratiquer ultérieurement une épididymectomie, G. Marion a conseillé et pratiqué l'ablation préventive de l'épididyme. En fait, cette épididymectomie préventive ne trouve son indication formelle que si d'un côté une castration a été faite et s'il persiste ou s'il apparaît des lésions prostato-vésiculaires bilatérales.

Sinon il est loisible d'en reculer l'échéance, sans que l'infécondité qu'elle entraîne à l'évidence soit la raison de cette abstention, puisque la présence de tubercules génitaux profonds la provoque de façon quasi infaillible.

*
* *

L'épididymectomie envisagée sous le jour d'une *opération de propreté* et d'une *opération de sauvegarde du testicule* ne saurait, dans ses résultats, étonner ou décevoir.

Les résultats seront évidemment moins favorables que ceux de certaines statistiques qui concernent l'ablation des noyaux limités dont la nature tuberculeuse n'est même pas démontrée et qui ne tiennent compte que des résultats immédiats, suivis trop peu de temps. P. Lecène faisait déjà des réserves sur l'indulgence de ces statistiques.

DIMINUTION DES PSYCHOSES AFFECTIVES PENDANT LA GUERRE

Par **Xavier ABÉLY**
(Paris)

Dans un article précédent j'ai décrit la diminution considérable des maladies mentales dans la période actuelle de guerre et tâché d'en déterminer les motifs. Les principales causes invoquées ne parviennent pas à expliquer en totalité cette régression. J'ai attribué en grande partie la marge restante à la réduction des psychoses d'origine affective. Cette constatation paradoxale mérite d'être développée. Le dépouillement des observations montre en effet que ces psychoses ne forment qu'un contingent de plus en plus restreint. Leur diminution entre pour une part progressivement élargie dans la baisse générale des internements. Difficilement appréciable jusqu'au milieu de 1941, cette participation s'est régulièrement et rapidement étendue. Les femmes elles-mêmes, qui paient habituellement un tribut beaucoup plus lourd aux psychoses émotionnelles, ne sont guère plus touchées que les hommes. Par psychose d'origine affective il faut entendre toutes celles qui sont déterminées ou déclenchées par des chocs, des conflits, des surmenages affectifs. Elles comprennent d'une part les formes aiguës ou subaiguës et d'autre part les formes progressives. Dans la première catégorie les syndromes les plus purement émotionnels, et dont la diminution a été la plus manifeste, sont représentés par des états dépressifs, mélancoliques et anxieux isolés, par des états d'excitation accidentelle, par des confusions mentales, par des délires subaigus. Dans la catégorie des psychoses progressives à l'éclosion desquelles participent des facteurs affectifs la régression, bien que moins marquée, est appréciable. Peut-être faut-il voir là l'explication d'un certain fléchissement de la démence précoce qui est précédée parfois d'un choc émotionnel ou sentimental. Le fait est beaucoup plus net pour les délires chroniques. On trouve souvent à leur base des conflits affectifs et c'est pourquoi sans doute leur baisse a été plus importante. Les statistiques montrent d'ailleurs que cette diminution porte sur l'ensemble des formes interprétatives, imaginatives et passionnelles, et touche fort peu les formes hallucinatoires ou paraphréniques. Dans tous les cas, bien qu'alimenté par les événements, le roman délirant, dont la richesse est fonction de la puissance affective du malade, s'est généralement montré beaucoup plus pauvre et moins luxuriant qu'autrefois. En somme tout ce qui dérive directement ou indirectement de l'affectivité semble également en voie de déclin.

Toutes ces constatations paraissent surprenantes car elles sont en contradiction avec l'opinion généralement admise. S'il est en effet des événements susceptibles de perturber l'équilibre affectif et de briser la résistance du système nerveux, ce devraient être au premier rang les guerres. Il n'est fait allusion ici qu'aux répercussions de ces bouleversements sur la population civile. Même dans ce seul domaine, les causes émotives se multiplient, s'intensifient et se prolongent. Elles devraient être d'autant plus efficientes qu'elles trouvent un terrain d'élection sur des organismes physiquement débilités. Et cependant, alors que tous les facteurs affectifs ordinaires subsistent, alors que s'y ajoutent tous ceux des temps présents, les psychoses d'origine affective rétrogradent. Je ne parle, bien entendu, que de ce que j'ai été à même d'observer, c'est-à-dire des troubles ayant nécessité l'internement. Il est possible que des manifestations plus légères soient fréquentes. Cependant les renseignements recueillis auprès des services libres paraissent concorder. Le seul fait qui semble exact c'est que personne n'échappe à quelques réactions limitées qui se traduisent selon le tempérament par un certain degré d'abattement ou de nervosité. Le rôle attribué à la « guerre des nerfs » en est une preuve. Mais ce sont là des phénomènes quasi normaux. On ne saurait en tirer un argument, à la façon de ce psychiatre de 1870 qui écrivait cette boutade : « Quand tout le monde est fou, le désordre individuel attire peu l'attention. »

Ce qui rend moins inattendue la raréfaction des psychoses affectives c'est que ce phénomène a été déjà observé par de nombreux auteurs au cours des guerres ou des révolutions modernes. Esquirol l'avait déjà formellement signalé. Ainsi donc l'influence des émotions de guerre sur les troubles mentaux serait plus théorique que vécue, plus littéraire que clinique.

Il faut toutefois dissiper quelques équivoques : on doit se méfier d'abord de la tendance des profanes à attribuer systématiquement, surtout à l'heure actuelle, une origine émotionnelle à toutes les maladies psychiques. D'autre part, il est bien entendu qu'il existe encore des réactions psychopathiques aux émotions de guerre. Mais on dépasse la mesure en arguant de ces cas authentiques, montés en épingles, pour conclure à leur fréquence. Il y a lieu enfin de tenir le plus grand compte du facteur temps. Au début des grandes perturbations sociales ou lorsqu'elles traversent des phases paroxystiques, il y a généralement une recrudescence des troubles mentaux. Cette guerre en a donné une nouvelle vérification ; la période initiale et surtout la crise marquée par l'exode ont entraîné un afflux considérable d'internements. Mais à mesure que ces perturbations se prolongent, à mesure que la durée de la guerre augmente, le potentiel de la résistance psychique individuelle et collective s'élève progressivement. C'est là le fait le plus remarquable qui se traduit par la baisse graduelle des psychoses affectives.

Quelques traits de cette évolution émolliente sont encore à noter. Toute la population y participe. Les prédisposés eux-mêmes, qui devraient être beaucoup plus largement atteints qu'en période ordinaire par des chocs plus violents et plus fréquents, s'y montrent beaucoup moins sensibles. En outre, la raréfaction des syndromes d'origine affective par rapport au temps de paix implique que les émotions courantes, habituelles, exercent une moindre action aussi bien d'ailleurs sur les cerveaux fragiles que sur

les cerveaux sains. Le seuil de la vulnérabilité s'est élevé pour tous.

Comment motiver ce phénomène ? Les explications possibles en sont multiples. Essayons d'en dégager quelques-unes :

Des causes affectives, génératrices de troubles psychiques, ont été réduites. Les anomalies mêmes de la période de guerre ont eu parfois une action modératrice. Des conflits sociaux ont été suspendus. L'absence du mari, privant le foyer de son chef, a supprimé dans plusieurs cas des conflits familiaux et surtout conjugaux. Il n'est pas jusqu'au relâchement des disciplines morales qui n'ait atténué des refoulements pathogènes.

Il faut attacher cependant beaucoup plus d'importance à d'autres mécanismes. Celui de l'habitude est particulièrement efficient. La répétition atténue la tonalité affective de tous les états psychiques. On croit trop souvent que la persistance et la reproduction des émotions n'aboutissent qu'à une sensibilisation de plus en plus marquée.

Il est une autre forme réactionnelle sans doute aussi fréquente : l'accoutumance, l'adaptation, qui amène un émoussement de la sensibilité. Le perfectionnement et le degré de cette immunité progressive restent variables selon les individus, bien qu'elle s'affermisse peu à peu chez tous. Elle peut à tout moment être débordée par un choc trop violent. Mais les facteurs les plus émouvants finissent eux aussi par user leur action. Le civil s'aguerrit comme le combattant. Les derniers bombardements de la région parisienne n'ont causé aucun internement. On a noté la même observation au cours des époques les plus terribles de notre histoire, telle la Terreur pendant laquelle régnaient un fatalisme et une résignation souvent décrits. Je puis en donner une autre preuve actuelle très suggestive : la réduction régulière du nombre des suicides. D'après les chiffres officiels, auxquels il est vrai certains cas ont pu échapper, on peut suivre cette chute constante (2.500 en moyenne en 1937, 1.237 en 1941, 987 en 1942). Cet affaiblissement de la sensibilité qui finit par s'étendre à tout le domaine affectif se traduit chez les uns par un état d'atonie et de passivité, chez d'autres par la sécheresse et la dureté de cœur à l'égard de tous et de soi-même, chez d'autres enfin par un simple raidissement sentimental qui impose une réserve et une retenue à toutes les manifestations émotionnelles.

Enfin les émotions de guerre constituent une dérivation des préoccupations habituelles et des émotions courantes. Le fait ne s'observe pas seulement chez les gens normaux mais aussi chez les déséquilibrés de tous ordres ; obsédés hypocondriaques psychasthéniques passionnés même, qui oublient leurs misères ou leurs idées fixes coutumières. Les émotions anciennes se trouvent dévalorisées en regard des émotions nouvelles et le sujet prend conscience de leur relativité. Le fait a été noté par Baillarger, par Lunier : « Il semble, écrivait ce dernier, que chez les individus prédisposés les événements ont pour effet d'opérer une diversion assez puissante pour faire avorter l'explosion de l'aliénation mentale. La plupart des médecins de Paris ont fait les mêmes observations pendant le Siège ; beaucoup de névropathes avaient pour ainsi dire oublié leurs souffrances. » Cet antagonisme ne s'exerce pas seulement entre les émotions du passé et celles du présent. Les préoccupations de la période de guerre entrent elles-mêmes en lutte et leur ordre de prééminence est loin de suivre une hiérarchie qualitative. Ce sont bien souvent les plus primitives, les plus terre à terre qui l'emportent. Les soucis alimentaires notamment ont pris dans toutes les guerres une importance souvent considérable. Ils jouent actuellement un grand rôle, ils accaparent et canalisent une bonne part de l'activité mentale. Les gens les plus dégagés habituellement des contingences matérielles n'en sont pas exempts. La mentalité végétative tend à l'envahissement du psychisme. La conséquence en est, parallèlement au développement de l'égoïsme, un fléchissement non seulement de la sensibilité émotionnelle mais aussi des délicatesses sentimentales et morales. A ce niveau le cerveau est moins accessible aux subtibilités ou aux tempêtes de la vie affective évoluée.

Conclusions. — A la lumière de ces considérations, il importe d'envisager l'avenir. La rareté actuelle des psychoses d'origine affective est-elle appelée à se maintenir ? L'atténuation présente de la réceptivité émotionnelle va-t-elle constituer une modification permanente de la mentalité collective ? Il est à peu près certain qu'il n'en sera rien. La réduction des syndromes affectifs, comme celle de l'aliénation mentale globale, paraît être un phénomène occasionnel dû aux circonstances extraordinaires. La rétraction générale de l'affectivité n'est qu'une adaptation à des temps exceptionnels qui ne survivra pas à la reprise de la vie normale, à la façon des réflexes conditionnels qui disparaissent quand leur cause factice cesse de se reproduire. Il serait toutefois illusoire de croire que nous retrouverons après la guerre un psychisme normal. Les cerveaux auront éprouvé trop d'ébranlements obscurs pour qu'ils ne gardent pas quelques perturbations durables. Une réaction inéluctable se produira, entraînant une susceptibilité et une extériorations émotionnelle trop marquées. Les conflits divers renaîtront. Un désir de jouissance et d'expansion suivra les restrictions et les contraintes. En somme il est à craindre que se manifeste pour un temps indéterminé, et à des degrés divers, un certain désaxement des esprits qui se traduira par un défaut de modération, une rupture d'équilibre affectif et pourra atteindre chez plusieurs une intensité pathologique. L'expérience montre que tous les bouleversements sociaux de quelque durée ont eu des conséquences de cet ordre. « Ce ne fut pas, écrivait Esquirol, pendant mais après la Terreur, lorsque la détente survint, que se produisit la plus grande fréquence des états de folie. » Les guerres de l'Empire, le siège de Paris et la Commune, pour ne citer que des événements anciens, ont été suivis de manifestations analogues. Cette action peut même être très prolongée puisque ces mêmes exemples nous montrent que les effets de ce déséquilibre se font sentir non seulement sur les contemporains mais aussi sur leurs descendants. Il faudrait envisager dès maintenant l'éventualité de cette phase critique. Il ne s'agit pas seulement ici de prévoir une recrudescence des troubles mentaux, mais encore de prévenir des dérèglements individuels ou collectifs qui sans être nettement pathologiques peuvent avoir des conséquences sociales graves. Cette tâche ne peut être menée à bien sans la collaboration de la prophylaxie mentale que l'on devrait songer à organiser sans trop de retard avec le même soin que la prophylaxie organique. Dans les conjectures prochaines la santé mentale importera au moins autant que la santé physique au salut de notre pays dont l'humanité des sentiments et le sens de la mesure ont fait la réputation la plus précieuse.

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE CHRONAXIMÉTRIQUE DES ÉTATS DE SOMMEIL

Par **Paul CHAUCHARD**
(Paris)

L'existence dans la base du cerveau, au voisinage du 3e ventricule, d'un centre du sommeil, doué du pouvoir de déclencher cette vague d'inhibition du fonctionnement cortical que constitue le sommeil, est aujourd'hui démontrée par de nombreuses observations tant physiologiques que pathologiques. Mais par quels mécanismes ce centre agit-il sur l'écorce cérébrale ? C'est là un problème qui reste mystérieux. G. Tardieu, dans son importante thèse sur le coma (1), envisage la possibilité de perturbations fonctionnelles neuroniques consécutives à des phénomènes vaso-moteurs.

Nous voudrions exposer succinctement[1] ici la conception à laquelle nos études de neurophysiologie chronaximétrique nous ont amené (2). La chronaxie de tous les neurones est, on le sait, sous la dépendance d'un centre régulateur qui impose des valeurs adaptées aux besoins des aiguillages nerveux. Prévu théoriquement depuis longtemps par L. Lapicque, ce centre a été démontré par l'expérimentation et son influence mise en évidence sur les neurones périphériques et les neurones intramédullaires qui, sur le sujet normal, ont des chronaxies différentes, dites chronaxies de *subordination* (parce que traduisant la subordination de ces neurones au centre régulateur), des chronaxies mesurées après élimination du centre régulateur dites chronaxies de *constitution*. Pour les neurones périphériques, par exemple les neurones moteurs des antagonistes, l'écart entre la chronaxie de constitution, identique pour les deux antagonistes, et les chronaxies de subordination normales (différenciation chronaxique du simple au double entre les antagonistes : Bourguignon) n'est pas considérable : par exemple 0,18 milliseconde pour la constitution et 0,07-0,14 pour la subordination. Au contraire, les neurones intramédullaires ont une chronaxie de constitution très longue, plusieurs millisecondes, par rapport à leurs chronaxies de subordination normales voisines de celles des neurones périphériques.

Les neurones du centre régulateur agissent sur les neurones subordonnés vraisemblablement par effet de polarisation électrique soit positive, soit négative, s'exerçant sur le corps (péricaryone) du neurone, y déclenchant un *électrotonus somatogène*, une modification de la polarisation généralisée à tout le neurone (baisse de polarisation signée par une augmentation de chronaxie, hausse de polarisation par une diminution). Ce processus somatogène est une fonction propre du péricaryone liée sans doute à des modifications métaboliques. Le centre régulateur fondamental est situé dans la base du mésencéphale ; de fortes présomptions font admettre qu'il s'agit du noyau rouge ; tout l'appareil cérébelleux ne serait qu'un centre régulateur supérieur.

L'influence de ce centre s'étend-elle aux neurones de l'écorce cérébrale, notamment les neurones psychomoteurs ? La théorie, comme L. Lapicque l'avait indiqué, et diverses observations tendaient à le montrer. Les expériences que nous poursuivons depuis 1938 en apportent la démonstration et conduisent ainsi à une conception nouvelle des mécanismes du sommeil. Nous n'entrerons pas dans le détail des expériences, expliquant simplement les mécanismes de subordination de l'écorce cérébrale qu'elles établissent.

Les neurones psychomoteurs sont à l'état normal isochrones aux neurones moteurs périphériques correspondants, comme A. et B. Chauchard l'ont établi au début de leurs recherches voici vingt ans. Ces chronaxies sont des chronaxies de subordination et le maintien de l'isochronisme dépend de l'activité du centre régulateur mésencéphalique. Comme les neurones intramédullaires, les neurones cérébraux ont une chronaxie de constitution élevée, supérieure à 1 milliseconde, ce qui explique en particulier leur grande sensibilité pharmacologique, notamment vis-à-vis des anesthésiques, par rapport à la faible sensibilité des neurones périphériques dont la chronaxie de constitution est basse.

Le centre régulateur maintient en permanence les chronaxies corticales à niveau bas, isochrones aux chronaxies périphériques ; grâce à cette subordination, ces neurones sont activés, car diminution de chronaxie est signe d'excitation ; ils sont de plus insérés dans le monde extérieur dont les isolait leur chronaxie élevée : l'isochronisme, avec les neurones

1. Pour plus de détails, voir P. Chauchard, *Le Sommeil et les états de sommeil* (*Flammarion*, édit.) [sous presse].

sensitifs périphériques, permet la réception des messages conscients et l'expédition des ordres moteurs dépend de l'isochronisme avec les neurones moteurs périphériques ; enfin le jeu du centre différencie les divers neurones corticaux, introduisant par exemple une différence entre les neurones psychomoteurs antagonistes comme entre les neurones périphériques correspondants, rendant possibles des associations chronaxiques qui sont à la base du jeu des aiguillages dans le cerveau ; cette différenciation chronaxique réglée par le centre n'étant pas quelconque, mais adaptée aux besoins. L'importance du centre de la subordination apparaît ainsi considérable en ce qui concerne la régulation des fonctions psychiques. Or, on sait précisément que des considérations totalement différentes avaient attiré l'attention sur le rôle de la base du cerveau dans la régulation de la conscience et du psychisme [travaux de J. Camus, de Lhermitte, de Hascovec récemment encore résumés dans la thèse de Couleru (3)]. Nous apportons l'explication du mécanisme physiologique présidant à cette régulation.

Examinons maintenant le côté négatif de la question ; quand le centre cesse de fonctionner, les neurones corticaux sont désactivés, ils reprennent leur chronaxie de constitution élevée, sont ainsi inhibés par rapport à l'état normal ; d'autre part ils sont très hétérochrones avec les neurones sensitifs et moteurs périphériques, dont la chronaxie de constitution est basse, incapables en conséquence de recevoir les messages sensitifs et d'émettre les messages moteurs ; de plus leurs chronaxies sont égalisées, nivelées. Ce sont toutes les caractéristiques du sommeil. Nous arrivons ainsi à considérer que toute la symptomatologie du sommeil est conditionnée par l'arrêt fonctionnel du centre régulateur des chronaxies situé dans la base du cerveau. La vague d'inhibition hypnique submergeant le cortex est un retour à l'état primitif, une désactivation du cerveau par perte de subordination, du pouvoir activateur permanent du centre régulateur. La disparition de la sensibilité consciente et de la motilité volontaire dépendent et de cette inhibition et surtout de l'hétérochronisme entre neurones centraux et périphériques. Dans le sommeil incomplet, l'incohérence du rêve traduirait la perte de la régulation correcte des chronaxies, donc des aiguillages cérébraux, une véritable incoordination psychique, comme l'égalisation des chronaxies motrices des antagonistes cause de l'incoordination motrice. On peut même considérer le cerveau incomplètement endormi du rêve comme ayant une répartition chronaxique dédifférenciée plus voisine de l'état primitif, enfantin, ce qui est en accord tant avec les conceptions de la psychanalyse que celles de H. Jackson.

L'intéressante théorie de Delmas-Marsalet (4) qui voit dans le sommeil la dissolution des fonctions psychiques et leur reconstruction dans l'éveil, avec possibilité d'une reconstruction non plus identique mais différente dans le cas d'un psychisme anormal traité par comathérapie où la reconstruction tend à réédifier l'édifice normal plus ancien de préférence à l'isomère pathologique, trouve une base physiologique dans notre théorie de la régulation chronaxique corticale. Cet auteur avait eu d'ailleurs le mérite de pressentir que les moellons de l'édifice psychique étaient des associations chronaxiques. On doit ainsi envisager comme possible une régulation défectueuse de la subordination régulatrice corticale par le centre mésencéphalique dans certaines affections psychiatriques.

Le sommeil nous apparaît donc comme une perte de l'activité régulatrice des chronaxies, ou plutôt pour remonter aux origines du phénomène, de la modulation de la polarisation neuronique. Effectivement tous les états de sommeil que nous avons étudiés montraient une montée de chronaxie corticale pouvant aboutir à l'inexcitabilité, tandis que les chronaxies périphériques s'égalisaient à la valeur basse de constitution. Cette augmentation de chronaxie corticale est en accord avec le ralentissement des ondes électriques de l'encéphalogramme dans le sommeil. Il n'est pas jusqu'aux signes végétatifs du sommeil qui pourraient s'expliquer par des troubles de subordination, car la régulation s'étend à ce domaine, mais l'étude en est encore à faire.

Nous pouvons ainsi comprendre comment agit le centre du sommeil ; c'est par l'intermédiaire du centre de la subordination. Exciter le centre du sommeil, c'est déprimer la subordination. Mais n'est-ce pas là une complication inutile ? Y a-t-il un centre du sommeil et les actions qui ont révélé son existence ne concernent-elles pas directement le centre régulateur des chronaxies ? Dans ce cas, le sommeil ne dépendrait pas de l'excitation d'un centre propre, mais de l'inhibition du centre régulateur, qu'on pourrait appeler centre de la conscience ou de l'éveil puisque son activité conditionnerait l'éveil. Le fait que des actions dites excitantes provoquent le sommeil n'est pas probant, car il est difficile de savoir ce qui se passe (inhibition ou excitation) au sein des centres ; un courant électrique suivant son sens peut exciter ou inhiber. Il semble simplement que des centres antérieurs au centre régulateur sont impliqués dans les processus hypniques, puisque le centre du sommeil serait diencéphalique tandis que le centre régulateur est mésencéphalique.

L'existence d'un centre du sommeil propre est à envisager dans le cas du sommeil naturel par besoin de sommeil, fatigue, car on peut y fixer le siège de cet instinct (Claparède) ou réflexe (Piéron) protecteur qui assure le repos du cerveau avant qu'une fatigue excessive ait pu causer des lésions ; mais on peut aussi penser que c'est la fatigue du centre subordinateur toujours en action qui l'oblige au repos, peut-être sous l'influence de modifications chimiques infimes auxquelles il serait électivement sensible. Dans l'autre type de sommeil naturel, le sommeil volontaire, où on se met au repos, loin des excitations sensorielles, pour dormir, l'expérimentation montre que cette *déafférentation*, suivant l'expression de Bremer (5), qui dans les autres sommeils est un symptôme, peut causer une perte de la subordination, un arrêt fonctionnel du centre régulateur dont l'activité est entretenue par voie réflexe : la grenouille privée de ses stimulations cutanées par écorchement n'a plus de subordination. Il se peut que le sommeil du chat, à cerveau isolé de Bremer, soit conditionné par la séparation du cerveau d'avec le centre subordinateur.

Si maintenant nous envisageons les sommeils du type narcose ou coma, le problème se complique, car il y a possibilité, outre l'atteinte du centre régulateur, d'une intoxication directe des neurones cérébraux, dont la sensibilité est voisine. Sous l'effet d'un excitant nerveux, les chronaxies corticales et périphériques diminuent ; sous l'effet d'un dépresseur elles augmentent ; la variation périphérique est un phénomène de subordination, mais on ne saurait dire si c'est le centre régulateur seul intoxiqué qui conditionne les variations ou si, le cerveau seul atteint, le centre assure le maintien de l'isochronisme en commandant une variation périphérique parallèle à la variation corticale ; ou encore si cerveau et centre sont également atteints. Dans cette lutte pour l'isochronisme, le centre de subordination intervient toujours, qu'il soit intoxiqué lui-même ou réagisse à l'intoxication de l'écorce cérébrale. Un stade d'augmentation des chronaxies périphériques se retrouve constamment dans la phase de somnolence qui avec le gardénal ou les anesthésiques généraux précède le sommeil complet ; les chronaxies périphériques commencent par augmenter parallèlement à la chronaxie corticale avant de retomber à leur valeur de constitution quand la chronaxie corticale s'élève plus et que le cerveau devient inexcitable (sommeil complet). Est-ce la lutte du centre régulateur contre l'intoxication corticale qui déclenche ainsi cette commande inhibitrice sur la périphérie ou est-ce un stade où l'activité du centre ayant déjà cessé sur le cerveau, se manifeste encore périphériquement ? Ceci montre que dans les états hypniques, il n'y a pas simple arrêt fonctionnel de subordination, mais d'abord une vraie activité dépressive du centre régulateur. Un processus analogue se rencontre dans l'hypnose.

Nous n'avons pas encore pu déceler la part qui revient dans l'action du gardénal à son effet sur la base et son action sur le cerveau. Avec la vagotonine (6), il y a un stade où le centre de subordination est l'origine de processus d'inhibition, tandis que l'écorce est excitée ; cette hormone agit ici comme anticholinestérasique (Bovet et Santenoise), car l'acétylcholine agit de même. Cette différence de sensibilité liée à la répartition de la cholinestérase entre cortex et base (Nachmansohn) évoque la possibilité de l'intervention de processus cholinergiques dans le sommeil, en accord avec les conceptions de Hess.

Une place spéciale doit être faite à un type très répandu de comas ou narcoses, les comas convulsivants. Dans ce cas, un hétérochronisme apparaît d'emblée entre les chronaxies périphériques qui diminuent et la chronaxie corticale qui augmente. Mais les chronaxies périphériques ainsi diminuées le restent même si le sujet est soumis à l'anesthésie générale. Ceci, et divers autres arguments, montrent que l'abaissement des chronaxies périphériques n'est pas dû au centre de la subordination : celui-ci est déprimé dans ces comas comme dans tous les états hypniques. Un processus d'excitation intervient dans le système subordinateur en aval du centre mésencéphalique ; des centres inférieurs sont excités, et en particulier la moelle, mais également des centres encéphaliques mésencéphalo-bulbaires, puisque l'excitation se retrouve sur les nerfs craniens comme les nerfs rachidiens[2].

Signalons que toutes les thérapeutiques convulsivantes employées en psychiatrie (coma insulinique, cardiazol, électro-choc) rentrent du point de vue chronaximétrique (7) dans ce groupe des comas convulsivants où cerveau et centre de la subordination sont déprimés et des centres plus périphériques excités ; ces dernières constatations sont en accord avec les conclusions tirées de l'étude des convulsions cardiazoliques (Assuad notamment). On peut en conclure que l'excitation ne concerne pas le cerveau, différence avec les états convulsivants où le cerveau est excité (crises de l'avitaminose B^1 ou de l'intoxication strychnique), Du point de vue cérébral on peut dire avec Delmas-Marsalet que la convulsivothérapie est une comathérapie, peut-être plus intense : en raison du trouble inverse apporté à la périphérie, les perturbations nerveuses y sont plus marquées que dans la narcose ordinaire. Il faudrait savoir dans quelle mesure ces données pourraient s'appliquer à l'épilepsie où la perte de conscience semble bien impliquer aussi une inhibition cérébrale et où on tend dans de nombreux cas à envisager le rôle d'une excitation des centres basilaires (Cl. Vincent). Dans l'électro-choc en particulier il est vraisemblable que le courant agit sur la base du cerveau, déclenchant un vrai sommeil électrique (Leduc, Denier), mais s'agit-il d'une excitation d'un centre du sommeil (8) ou d'une inhibition de l'appareil subordinateur, celle-ci devant toujours intervenir finalement ?

En résumé, l'analyse chronaximétrique des états de sommeil conduit à rattacher toute la symptomatologie hypnique à une perte de la régulation neuronique due à l'arrêt de fonction d'un centre situé dans la base de l'encéphale ; il y a en particulier désactivation des neurones cervicaux qui ne reçoivent plus l'influence bioélectrique spéciale des neurones de ce centre. Tel est le mécanisme au service du centre du sommeil, si un tel centre ne se confond pas avec le centre régulateur, vrai centre de l'éveil. Les comas et narcoses ont un déterminisme plus complexe, surtout les comas convulsivants, où intervient l'excitation de centres plus inférieurs.

(*Laboratoire de Neurophysiologie, Sorbonne.*)

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. Tardieu : *Thèse de Médecine*, Paris, 1942. — (2) Voir P. Chauchard : *Revue Scientifique*, 80e année, 1942, n° 9, 424. — (3) *Cl.* B. Couleru : *Thèse de Médecine*, Paris, 1942. — (4) Delmas-Marsalet : L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction (*Baillière*), 1943. — (5) Bremer : *Boll. d. Soc. It. Biol. Sperim.*, 1938, 13, 271. — (6) B. et P. Chauchard : *Soc. de Biologie*, Octobre 1943. — (7) P. Chauchard : *Rev. Neurol.*, 1941, 73, 245, et recherches inédites. — (8) J. Delay : *La Presse Médicale*, 2 Octobre 1943, n° 37, 539.

2. Ce type d'effet a été obtenu avec le chloralose, l'hypoglycémie insulinique, etc. Le nerf est soumis à la fois à la répercussion de l'effet dépressif sur le centre régulateur et de l'effet excitant des centres inférieurs; suivant la force respective de ces effets, c'est soit l'un soit l'autre qui l'emporte; parfois il s'ajoute (cas de l'anoxémie ou de l'alcalose) un effet dépressif portant sur le nerf lui-même dont la chronaxie de constitution augmente. (Voir P. Chauchard, *La Presse Médicale*, 30 Avril 1942, n° 25, 322.)

MOUVEMENT MÉDICAL

POISONS CARYOCLASIQUES ET RADIOTHÉRAPIE

DANS LE TRAITEMENT DU CANCER

Sous l'influence de certaines substances telles que la trypaflavine, le bleu trypan, le vert malachite, les cellules en voie de multiplications caryocinétiques subissent une inhibition aboutissant à une dégénérescence pycnotique du noyau, suivie de phagocytose et de digestion intracellulaire. A.-P. Dustin qui a découvert ce phénomène l'a désigné sous le nom d' « effet caryoclasique ». Pour d'autres corps : arsenic, mercure, zinc, certaines toxines microbiennes (staphylocoques) mais surtout les alcaloïdes : morphine, nicotine et colchicine, la caryoclasie est précédée d'une excitation très violente de la division des cellules germinatives avec accumulation de figures anormales de caryocinèses qui restent bloquées au stade de la *métaphase* : c'est la *stathmocinèse* de Dustin.

Cette dernière catégorie de substances est la seule qui nous intéresse actuellement, et jusqu'ici la colchicine s'est montrée comme étant l'agent le plus efficace.

Dixon et Malden avaient déjà fait connaître en 1905 que la colchicine provoquait une forte polynucléose quelques heures après l'introduction dans l'organisme. Dustin et F. Lits pensèrent que cet alcaloïde devait avoir des propriétés caryoclasiques. Chez la souris de 20 *g.* une dose de colchicine de 0 m*g.* 025 (25 γ) provoque neuf à dix heures après l'injection intraveineuse, dans tous les tissus en voie de division (follicules pileux, glandes de Leberkühn, thymus, testicules, centres hématopoïétiques), un nombre considérable de cinèses atypiques.

Ces figures de divisions se caractérisent par des chromosomes tassés en une plaque équatoriale très serrée avec absence de figures achromatiques, le protoplasma est clair, hyalin, très turgescent. Ces mitoses restent bloquées à la métaphase. Elles peuvent après un repos plus ou moins prolongé subir 3 évolutions :

1° La destruction pycnotique et la cytolyse.

2° La reconstitution d'une figure achromatique et une cytodiérèse normale.

3° La formation d'une figure polycentrique anormale et la constitution d'un noyau monstrueux polyploïdique sans plasmodiérèse.

Dustin a également montré que les effets stathmocinétiques de la colchicine étaient universels et s'observaient aussi bien pour les vertébrés que pour les invertébrés, et même sur le méristème des végétaux.

Si les effets caryoclasiques de la colchicine apparaissaient ainsi aussi évidents sur les tissus en division ou en voie de division, il était tout naturel de penser que sur les tumeurs cancéreuses, toujours en imminence de caryocinèse et se comportant comme un « blaste » à activité permanente, on observerait les mêmes effets; c'est également ce que l'expérience a mis en lumière.

Sur la plupart des tumeurs de la souris, greffées ou provoquées par des agents cancérigènes, l'injection de 0 m*g.* 025 (25 γ) déclenche une poussée caryocynétique considérable accompagnée d'une énorme formation de stathmocinèse. Neuf ou dix heures après l'injection, l'index cynétique passe de 2,1 à 33,01 (rapport des cellules en repos aux cellules en division). Dans les heures qui suivent beaucoup de cellules dégénèrent, d'autres reconstituent un fuseau et terminent leurs divisions, ou forment des noyaux monstrueux et bourgeonnants.

La caryolyse entraînant la mort de beaucoup de cellules, la colchicine apparaît donc comme un agent destructeur des tissus néoplasiques. Cette action a fait naître beaucoup d'espoirs et d'assez nombreuses recherches ont déjà été tentées aussi bien au point de vue expérimental que médical.

Le fait le plus saillant et le plus encourageant à notre avis est le résultat publié par Peyron, en France, qui a obtenu la guérison rapide et complète des tumeurs papillomateuses du lapin provoquées par le virus de Shope.

Sur le cancer spontané ascitique de la souris, E. Schairer a observé une action très nette se traduisant par un arrêt à la métaphase, un isolement de chromosomes et une caryolyse ; mais s'il y eut régression, l'auteur ne put obtenir de guérison, même avec des doses à la limite vitale.

Sur les tumeurs lymphoïdes de la souris, Lits a obtenu des régressions ou même des disparitions de la tumeur souvent après 2 injections. Mais la croissance reprend sans rémission trois semaines après malgré le traitement. La survie par rapport aux témoins est augmentée de 1/3. Le tissu lymphoïde malin est beaucoup plus sensible que la trame réticulo-endothéliale. Pour les leucémies, mêmes effets.

Dans le domaine thérapeutique, peu de résultats ont été rapportés. En Amérique, Seed, Slaugther et Limazze, utilisant des doses relativement élevées, 6 à 8 m*g.* pendant plusieurs jours, n'ont observé qu'une fonte du centre de la tumeur dans 1 cas, mais suivie rapidement de récidive périphérique, les autres malades ont succombé à des intoxications colchiciniques suraiguës (vomissements, diarrhée, fièvre, leucopénie et anémie par lésion de la moelle osseuse).

Lenègre et Soulié, en France, dans plusieurs cas d'adénopathies auraient observé quelques améliorations à la dose de 3 m*g.* en intraveineuses.

Il faut bien remarquer que les doses expérimentales utilisées sur les animaux sont hors de proportion avec celles de la thérapeutique humaine. En effet la toxicité de la colchicine interdit son emploi à haute dose. Il est difficile de dépasser 4 à 5 m*g.* par vingt-quatre heures en intraveineuses (nous nous sommes tenus à 3 m*g.*) sans voir apparaître de phénomènes d'intolérance, digestifs, cardiaques ou nerveux. Or, les doses utilisées par Dustin sur l'animal étaient de l'ordre de 1 m*g.* 5 au kilogramme, soit 75 m*g.* pour un adulte. Tant qu'une préparation beaucoup moins toxique que la colchicine n'aura pas été découverte, il sera difficile d'obtenir d'emblée par la seule thérapeutique chimique une destruction ou un arrêt des tumeurs néoplasiques. Mais si les effets de stathmocynèse ne peuvent être obtenus aux doses thérapeutiques, il semble que l'on puisse provoquer des simples caryocinèses.

On sait que l'activité caryocinétique est un des principaux facteurs de la sensibilité cellulaire aux radiations. Nous avons donc là un moyen de rendre plus sensibles les cellules néoplasiques et surtout de provoquer des mitoses chez les cellules à *l'état quiescent*. Celles-ci représentent toujours l'écueil de la radiothérapie, elles justifient les irradiations prolongées qui doivent atteindre les cellules cancéreuses à leur stade de division.

Dustin, en 1937, a montré en effet que les doses thérapeutiques de colchicine usuellement tolérées provoquent une nette élévation de l'index caryocinétique chez les malades porteurs de tumeurs étalées en surface et facilement biopsiables.

Il dit textuellement : « Le médicament pourrait être considéré comme un adjuvant utile de la radiothérapie. »

Cette association de la colchicine à la radiothérapie a encore été peu tentée. *Dans le domaine expérimental* Guyer et Glaus ont irradié des rats cancéreux (1938) après leur avoir injecté de la colchicine, mais les doses utilisées (0 m*g.* 1 pour 100) étaient encore beaucoup trop élevées pour avoir une valeur thérapeutique. Ils observèrent qu'au stade de stathmocynèse, quinze à dix-huit heures après l'irradiation, les rayons X à doses faibles et fréquentes provoquaient une fonte des tumeurs plus certaine et rapide que chez les témoins n'ayant pas reçu de colchicine. Par contre Brves, Marble, Jackson (1940) n'ont pas obtenu d'arrêt ou de régression de la croissance de tumeurs sarcomateuses de la souris par le traitement combiné.

Dans le domaine radiothérapique Almoroso, en 1935, a fait des tentatives d'association qui ne semblent pas avoir été poursuivies.

C'est donc sur des fondements *assez théoriques* que nous avons nous-mêmes essayé de sensibiliser par la colchicine des tumeurs soumises aux radiations.

A priori, 1° les injections doivent précéder d'environ cinq à quinze heures l'application de rayons X puisque c'est dans cet intervalle de temps que les mitoses sont les plus nombreuses. Il ne semble pas qu'il y ait de grandes variations suivant le type histologique, tout au moins pour les cellules à divisions indirectes ; 2° théoriquement les doses de rayons X journalières et totales devraient être audessous du seuil normal d'efficacité, puisque toutes les cellules néoplasiques entrent en mitoses. Il est actuellement difficile d'exposer des malades à une telle expérience en présence de l'incertitude d'action. Aussi nous n'avons pas encore osé diminuer nos doses thérapeutiques usuelles sauf pour quelques cas.

C'est donc sur la rapidité d'action de la radiothérapie et son efficacité plus grande sur certaines tumeurs ou adénopathies que nous pourrons baser nos impressions, car à l'heure actuelle il n'est pas possible de parler d'autre chose.

Technique utilisée. — Nous avons employé la colchicine en injections intraveineuses à la dose de 3 m*g.* tous les deux jours (la forme granulée ingérée nous a paru plus difficilement tolérée). Nos traitements radiothérapiques étaient le plus souvent journaliers. Nous avons soumis à la colchicine environ 50 malades atteints de cancer. Nous avons suivi particulièrement 23 localisations cancéreuses :

Epithélioma du col utérin : 3 cas traités, 2 cas améliorés avec des doses faibles de rayons X, dont un épithélioma basocellulaire du degré 3 qui reçut 5 injections, 4 séances de 100 r pour 1 seul champ à 1 *m.* de distance. Le traitement fut interrompu pendant six semaines par suite d'une pneumonie. Au bout de ce temps nous constations la disparition des pertes, l'effacement des bourgeons cervicaux et la réduction considérable du volume du col.

Epithélioma du sein avec métastases et perméations cutanées très étendues. Sur 10 cas traités, 4 ont été améliorés très rapidement, l'un a été complètement blanchi après 5 injections et 400 r par champ. Il existait de nombreuses pustules de perméation.

Epithélioma de la langue : 5 cas.

Deux de ces cas se sont améliorés très rapidement, en particulier un épithélioma spino-cellulaire kératinisant de la base de la langue de la grosseur d'une noix qui a régressé d'une façon considérable en huit jours après 5 injections et 800 r par champ. Dose totale, 6.000 r, 24 injections de colchicine. Un mois et demi de traitement environ. Disparition de la tumeur linguale au vingtième jour.

Epithélioma de l'amygdale, 2 épithéliomas spino-cellulaires, 1 baso-cellulaire avec adénopathies et extensions vélo-palatines et linguales étendues. Pour tous ces cas, amélioration considérable après 1.200 à 1.400 r par champ et 8 à 10 injections de colchicine. En fin de traitement (3.000 r par champ et 20 injections), la tumeur avait totalement disparu dans 1 cas et était à peine perceptible dans les 2 autres. Les adénopathies avaient presque complètement disparu.

Epithélioma glosso-épiglottique : 1 cas.

Epithélioma baso-cellulaire occupant le sillon glosso-épiglottique, extension à la base de la langue, pas d'adénopathie.

Après 1.600 r par champ (3 champs) et 10 injections de colchicine disparition de toute lésion à la vue et au toucher. Au total, 3.000 r par champ et 20 injections.

Epithélioma-sinus piriforme : 2 cas.

Epithélioma malpighien intermédiaire à tendance spinocellulaire avec tumeur végétante de l'arythénoïde droit et du sinus piriforme droit; très mauvais état général. Dysphagie et disphonie très accentuées, pas de ganglions. Après 7 injections de colchicine, 400 r par champ (3 champs) et quatorze jours de traitement, affaissement très important des végétations. Traitement total : 13 injections de colchicine, 3.000 r par champ. Six mois après la fin du traitement, disparition laryngoscopique de toute lésion. Excellent état général et fonctionnel.

Epithélioma parakératosique de la moitié du larynx (côté droit).

Envahissement du sinus piriforme, adénopathie cervicale grosseur d'une noix. Traitement radiothérapique simple. Deux récidives à quatre mois d'intervalle. Au 3e traitement, association de colchicine et de cycloradiothérapie. 14 injections, 5.000 r au niveau de la lésion laryngée au total. Quatre mois après la fin du traitement, disparition des lésions, état fonctionnel satisfaisant.

Nævo-carcinome du gros orteil opéré (amputation), récidives multiples et ulcérées au niveau de la peau et de la face dorsale du pied. Adénopathies multiples : chaîne le long de la saphène ; masse crurale constituée par des ganglions confluents de la grosseur d'une orange, blindage ganglionnaire de la fosse iliaque. Grosse métastase sous-cutanée de la région lombaire, diamètre de 10 *cm.* environ. Colchicine et télérœntgenthérapie par 4 champs, 18 injections de colchicine, 150 r par champ.

Au cours du traitement atténuation très rapide (quinze jours) de toutes les métastases et assèchement des nodules cutanés. A la fin (un mois et demi) les nodosités mélaniques sont très diminuées et les ulcérations cicatrisées. Disparition des ganglions le long de la saphène, la masse crurale est réduite à un ganglion de la grosseur d'une amande. Ablation de ce ganglion pour examen histologique. On constate la présence de cellules nævo-carcinomateuses.

Disparition de la masse ganglionnaire de la fosse iliaque, diminution considérable du volume de la masse lombaire qui est réduite à un diamètre de 4 *cm.* Six mois après la fin du traitement apparition d'un léger empâtement de la région inguinale avec œdème du pied. Nouveau traitement associé. Irradiation seulement du membre inférieur. 300 r au total par 50 r ; 11 injections de colchicine. Six mois après ce dernier traitement, état très satisfaisant, pas de nouveaux nodules ni adénopathies. Disparition de l'empâtement et de l'œdème du pied. La masse lombaire a encore diminué.

Tolérance du traitement. — Les injections doivent être faites intraveineuses et avec précaution,

car le liquide est caustique. Nous avons pratiqué environ 500 injections de colchicine et 400 pour les cas étudiés précédemment. Dans l'ensemble le traitement à la dose de 3 *mg.* intraveineux tous les deux jours est bien toléré. La diarrhée, signe d'alarme, est exceptionnelle ; les nausées et les vomissements, quelquefois observés, relèvent généralement du mal des rayons. La céphalée, la fièvre ne nous ont pas paru fréquentes. Nous n'avons pas observé de troubles cardiaques notables, ni albuminurie, ni ictère. Le nombre des injections a été assez variable, allant de 8 à 24 par série. L'une de nos malades a reçu 46 piqûres en 3 séries. Il est prudent, croyons-nous, de ne pas dépasser 15 injections de 3 *mg.* par série. Le nombre de globules rouges et blancs ne semble pas subir de modifications plus accentuées qu'avec la radiothérapie seule.

Le nombre de polynucléaires neutrophiles[1] a peu varié au cours des traitements.

Nous avons eu cependant 1 cas d'agranulocytose mortel avec thrombopénie et purpura, mais qui semble plutôt devoir être attribué à un accident post-transfusionnel.

1. Les examens de sang n'ont pas été faits en tenant compte de l'horaire des poussées de caryocinèse.

En conclusion : le traitement caryoclasique par la colchicine associé à la radiothérapie apporte-t-il quelque chose de nouveau à la thérapeutique du cancer? Nous ne saurions encore l'affirmer avec certitude.

Dans les tumeurs du sein les injections de colchicine ont été favorables et même d'effet certain dans un cas de germination nodulaire généralisée.

Dans les cancers du col utérin les résultats de la radiothérapie et du radium sont souvent rapides et brillants. L'adjuvant médical paraît encore difficile à juger.

Dans les cancers bucco-linguaux et laryngés la thérapeutique associée semble marquer quelques points, mais remarquons bien que les techniques actuelles de radiothérapie : grande distance, traitements journaliers, nombreux champs ou cyclo-radiothérapie apportent déjà dans beaucoup de cas des guérisons apparentes durables et parfois définitives et que, là encore, il est difficile d'avoir une idée nette de l'emploi de la colchicine.

Le fait qui nous a paru le plus étonnant est celui concernant l'évolution d'un nævo-carcinome du pied. Dans de nombreux cas semblables, la radiothérapie localisée et généralisée ne nous avait apporté ni arrêt notable ni la moindre régression. Mais on ne peut généraliser.

L'emploi des poisons caryoclasiques du type de la colchicine, plein d'intérêt au point de vue biologique, est encore à ses débuts au point de vue thérapeutique, et on ne saurait s'y engager qu'avec la plus grande prudence.

L. Mallet et H. Le Camus (Paris).

BIBLIOGRAPHIE

A.-P. Dustin : Nouvelles applications des poisons caryoclasiques. *Le Sang,* 1938, n° 7, 677. (Article comportant une abondante bibliographie.) — A. M. Brves, B. B. Marble et E. I. Jackson : Effets of colchicine and radiation on growth of normal tissues and tumors. *Am. Journ. Cancer New-York,* Février 1940, **38**, n° 2, 159-168. — F. J. Lits, Kirschtaum et L. C. Strong : Action of colchicine on a malignant lymphoïd neoplasm of mice. *Proceed Soc. experim. Biol. and med. New York,* Mai 1938 ; *Am. J. Cancer New York,* Octobre 1938, **34**, n° 2, 196-213. — M. F. Guyer et P. E. Glaus : Irradiations of cancer following injection of colchicine. *Proc. Soc. experim. Biol. and Med. New York,* 1939, **42**, 565. — E. Schairer : Influence de la colchicine sur le cancer ascitique de la souris. *Zeitsch. f. Krebsfusch,* Berlin, Mai 1940, **50**, n° 2, 143-15. — Dixon et Malden : *Journal of physiol.,* 1908, 37. — Almoro : *Nature,* 1935, 135. — Peyron, Causse, Lafay : La colchicine et son action sur les tumeurs. *Archives hospitalières,* Mai 1943. — Seen, Slaugther, Limazze : *Surgery,* 1940. — Lenègre et Soulier : *S. M. H. P.,* 23 Novembre 1942.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

8 Novembre 1943[1].

Effets sur l'hémophilie de diverses influences hormonales. Antagonisme des actions œstrogène et androgène. Essai d'interprétation. — MM. R. Turpin, F. Bourlière et R. Sassier ont émis l'hypothèse que l'expression du gêne responsable de l'hémophilie était masquée chez la femme par un processus lié à l'activité œstrogène. L'analyse des effets thérapeutiques du benzoate d'œstradiol, puis du stilbœstrol, corps sans parenté chimique avec les hormones naturelles, avaient conduit les auteurs à cette interprétation. Les résultats de nouvelles recherches permettent de préciser le mécanisme de ce contrôle hormonal.

L'injection de propionate de testostérone détermine une augmentation constante et importante du temps de coagulation.

La progestérone produit un effet comparable à celui de l'hormone mâle.

L'expression du gêne responsable de l'hémophilie serait donc favorisée chez l'homme non seulement par un défaut d'activité œstrogène mais aussi par l'existence d'une activité androgène. Le caractère pathologique lié au sexe serait aussi doublement contrôlé par le sexe. Chez la femme, l'effet de l'œstradiol masquerait celui de la progestérone.

Teneur en bilirubine du sérum d'un même cheval au cours de saignées successives. — Mme M. Roy et M. A. Boutaric.

De la possibilité de réaliser par des méthodes industrielles une thérapeutique par les gaz : l'aéro-gazo-thérapie. — M. G. Bory.

22 Novembre.

Sur les propriétés anthelminthiques des dérivés du triphénylméthane. — M. R. Deschiens recherche quels sont les dérivés du triphénylméthane, utilisables en thérapeutique, qui présentent des propriétés anthelminthiques. Les premières recherches ont porté sur 2 bases carbinoliques, la rosaniline et la pararosaniline et sur 11 matières colorantes, la fuchsine basique, la fuchsine acide, la parafuchsine, la fuchsine diamant, le violet cristal, le violet de gentiane, le bleu de méthyle, le vert malachite, le vert de méthyle, le vert lumière et le vert brillant.

Les dérivés de la rosaniline et de la pararosaniline, le violet cristal, le violet de gentiane, le vert brillant ont des propriétés anthelminthiques très marquées.

La fuchsine basique, la parafuchsine, le violet cristal et le violet de gentiane sont, en outre, anthelminthiques *in vivo* vis-à-vis d'un cestode : *Hymenolepis nana* var. *fraterna,* de la souris et à l'égard d'un oxyuridé *Aspicularis tetraptera* du même rongeur.

La fuchsine basique et le violet cristal sont anthelminthiques dans l'oxyurose humaine à *Enterobius vermicularis* à la dose de 0 *g.* 004 par kilogramme et par jour pendant 10 jours.

Toutes ces matières colorantes, pour être actives, doivent être portées, soit par l'injection de solutions, soit par l'ingestion de pilules à enrobages appropriés, directement à l'étage du tube digestif constituant l'habitat du parasite à atteindre.

La fuchsine basique, la parafuchsine, le violet cristal, le violet de gentiane, le vert de méthyle, le vert malachite, le vert brillant sont parasiticides vis-à-vis des œufs et des larves de strongles, parasites des ruminants, des genres *Haemonchus, Bunostomum-Dictyocaulus* et *Synthetocaulus.*

La plupart de ces colorants sont, dans l'ensemble, d'une faible toxicité et pourraient être introduits dans la thérapeutique. La dose thérapeutique efficiente dans l'oxyurose chez l'homme est de 0 *g.* 004 à 0 *g.* 005 par jour et par kilogramme pendant 10 jours consécutifs (pour la fuchsine basique).

29 Novembre.

Existence de deux toxines cholériques mise en évidence par l'ultrafiltration fractionnée. — MM. P. Grabar et J. Gallut apportent des preuves nettes de l'existence de deux substances toxiques différentes : l'une de nature glucido-lipidique, très volumineuse et d'action congestionnante, l'autre de nature probablement protidique, de dimensions relativement plus petites et hypothermisante.

J. Couturat.

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

22 Juillet 1944.

Effets de l'adrénaline et de la posthypophyse sur l'excitabilité utérine dans diverses conditions hormonales chez le cobaye, la lapine et la rate. — Mme B. Chauchard et M. Paul Chauchard par analyse chronaximétrique expliquent les différences classiquement observées entre ces espèces : la folliculine favorise l'action inhibitrice de l'adrénaline et l'action excitante des extraits posthypophysaires ; la progestérone rend l'adrénaline excitante et freine l'effet excitant de la posthypophyse. Chez le cobaye, la folliculine est plus active et l'emporte en dehors de la gravidité, d'où effet inhibiteur de l'adrénaline ; chez la lapine, c'est la progestérone qui prédomine : l'adrénaline excite. La posthypophyse se révèle par la chronaximétrie excitante sur la lapine en présence de progestérone, mais bien plus faiblement que chez le cobaye, ce qui fait que l'excitation reste latente et ne se manifeste pas.

Etude expérimentale de l'hyperglycémie consécutive à l'épilepsie électrique du rat. — MM. J. Delay et A. Soulairac montrent la persistance de cette hyperglycémie post-critique après surrénalectomie bilatérale, après injection d'insuline et après action simultanée de ces 2 facteurs. L'administration d'atropine exagère cette hyperglycémie. Ces résultats semblent confirmer la thèse qui place le point de départ de cette réaction hyperglycémique au niveau des centres neuro-végétatifs de la région hypothalamo-hypophysaire.

Action de l'adrénaline, de l'éphédrine et de l'yohimbine sur la réaction anaphylactique des organes isolés du cobaye. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont montré que l'addition préalable d'adrénaline ou d'éphédrine dans un bain de Tyrode contenant des organes isolés de cobayes sensibilisés (corne utérine ou intestin) avait une action empêchante inconstante sur l'apparition de la réaction anaphylactique. L'yohimbine n'a aucune action empêchante.

Action de l'adrénaline, de l'éphédrine et de l'yohimbine sur la réaction histaminique des organes isolés du cobaye. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont montré que l'addition préalable d'adrénaline, d'éphédrine et d'yohimbine dans un bain de Tyrode contenant des organes isolés de cobaye n'empêchait pas la contraction de ces organes après l'addition d'histamine.

La réaction anaphylactique d'un organe isolé n'empêche pas l'action ultérieure de l'histamine sur ce même organe. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Holtzer ont montré qu'une contraction histaminique pouvait succéder à une réaction anaphylactique des organes isolés du cobaye.

Un inhibiteur de l'action antimicrobienne « in vitro » de l'acide mandélique : l'acide pantothénique. — MM. R. Pérault et E. Greib.

Effets locaux et généraux des aérosols acétylcholiniques. Rôle de la destruction intrapulmonaire de l'acétylcholine. — M. Robert Tiffeneau et Mlle Beauvallet.

Election. — M. Chauchard est élu membre titulaire.

A. Escalier.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

13 Avril 1944.

Caractères physiologiques différentiels de deux variantes S et R de « Proteus vulgaris. » — Mlle Madeleine Morel étudie 2 souches de *P. vulgaris* S et R ayant des besoins différents en acide nicotinique ; ces besoins sont également influencés de façon différente par l'addition au milieu de sérum, d'acides aminés et d'accepteurs d'hydrogène ; la forme des colonies est différente ; la souche S possède de l'antigène glucido-lipidique, la souche R en est dépourvue.

Réaction d'allergie tuberculinique et acide gras α-α- disubstitués. — MM. J. Paraf et J. Desbordes concluent que ce ne sont pas forcément les protéines du bacille tuberculeux qui déclenchent les réactions tuberculiniques, mais plutôt les acides gras α-α- disubstitués. En effet, sur 8 acides étudiés, tous les acides mono ou disubstitués en α avec ou sans double liaison, ont donné la réaction, alors que les acides en chaînes courtes sans ramifications ont toujours donné des résultats négatifs.

Précisions sur l'inactivation des bactériophages par les rayons ultra-violets. — M. R. Latarjet cherche à déterminer le quantum d'énergie juste nécessaire pour inactiver les phages C 16 et S 13. Il détermine la courbe d'inactivation de ces 2 phages : le plus gros (C 16) aurait une constitution hétérogène qui empêcherait de le considérer comme une macromolécule.

La désintégration des microbes par les ultrasons. — MM. P. Grabar et M. Rouyer. L'activité léthale des ultrasons oscille entre 75 et 90 pour 100 suivant l'espèce microbienne. Les auteurs discutent le mécanisme de cette action et soulignent l'intérêt considérable qu'elle peut présenter pour l'étude de certains problèmes d'immunochimie.

Détermination du pouvoir pyrétogène de quelques vaccins. Etude expérimentale. — M. L. Gallix.

Présentation d'une étuve à microscope. — MM. R. Deschiens, P. Jouan et L. Lamy.

Différenciation, par la synergie lytique, de deux phages présents dans un même filtrat et donnant sur gélose des plages d'aspect très voisin. — M. P. Balozet.

4 Mai.

Intradermo-réactions et allergies comparées à la tuberculine et aux antigènes typho-paratyphoïdique et diphtérique au cours d'affections du tissu réticulo-endothélial et lymphoïde. — M. R. Sohier a constaté, chez des sujets atteints de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann ou de Hodgkin observés plusieurs mois, que lorsqu'une réaction reste seule positive, c'est habituellement l'I. D. typho-paratyphoïdique, laquelle peut d'ailleurs disparaître à son tour avant la mort dans la maladie de Hodgkin. Si toutes les I. D. sont initialement négatives et que la réaction devienne positive, il arrive que simultanément l'I. D. au TAB apparaisse également positive.

Préparation du silico-gel stérile. — M. Y. T. Tchan indique la technique au moyen de laquelle il a pu réaliser des boîtes de silico-gel stérile ; cette technique permet de se servir de la silice gélatineuse comme support solide de n'importe quel milieu.

Caractères de fixité et d'insolubilité des constituants toxique, principaux du bacille tuberculeux. — M. R. Laportes La partie principale de la toxicité du bacille tuberculeux semble localisée dans une substance de nature granulaire, caractérisée par son insolubilité et sa résistance extraordinaire aux agents de destruction, ces 2 caractères étant de nature à expliquer l'allure particulière des réactions du sujet infecté : allergie, formation de tissu tuberculeux et absence d'immunité humorale.

Recherches sur les nucléo-protéides des micro-organismes. III. Sur les constituants colloïdaux cédés par la levure vivante au milieu ambiant. — MM. R. Vendrely et R. Sarciron. Par traitement faiblement alcalin laissant la levure vivante, on ne met pas en évidence une sortie notable d'acide nucléique, mais on isole une substance polysaccharidique identifiable sérologiquement avec l'haptène de la levure.

Comportement du bactériophage au cours de son développement dans des échantillons autoclavés d'eau de Seine. — Mme A. Guélin. Pendant la période de diminution du bactériophage (1re semaine de l'arrêt de la multiplication bactérienne) celui-ci se dissimule soit à la surface, soit à l'intérieur des bactéries, d'où il peut être libéré par centrifugation ou par chauffage à 56°.

Emploi du plasma de cheval pour la culture des tissus. — M. E. Lasfargues a réussi à obtenir en plasma de cheval une abondante prolifération des fibroblastes et à y maintenir en vie un cœur de cobaye.

Sur certains caractères de la croissance en voile des bacilles acido-résistants. — MM. J. Bretey, J. Browaeys et D. Dervichian. Les souches rugueuses ne peuvent s'étaler sur une

interface propre et poussent en travées et en nervures, sans donner de voile mince ; le contraire se produit pour les souches lisses. Le bacille de la fléole constitue un cas particulier : il peut donner les 2 espèces de voiles, épais et minces, ce dernier permettant un alignement très particulier des bacilles en chaînettes équidistantes.

Recherches sur la cinétique de la réaction de Bordet-Wassermann. Influence de la quantité de sérum sur les vitesses de réaction. — M. J. Chouteau confirme les travaux de Ronchèse quant à l'indépendance de la réaction vis-à-vis de la quantité de sérum.

Dispositif simple pour effectuer, chez les grands animaux, des prélèvements aseptiques de sang dans des buts bactériologiques. — M. L. Nicol.

Lésions pathologiques des glandes salivaires du mulot («Apodemus sylvaticus» L.). — M. et Mme Raynaud.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

24 Février 1944.

Les leptospiroses. Clinique et biologie. — M. Mollaret présente les caractères biologiques et cliniques des différentes leptospires, et développe le diagnostic biologique des affections qu'ils provoquent.

Contribution à l'étude du problème des antisulfamides. — M. Desbordes.

Appréciation clinique, rapide du rapport sérine/globuline. — M. Dulcy.

23 Mars.

Note sur le dosage des acides organiques dans les urines. — MM. Goiffon et Couchoud.

Etude sur le pouvoir antisulfamide de quelques produits apothérapiques et de quelques liquides pathologiques. — M. Desbordes.

Trois cas de paludisme autochtones. — M. Bregou.

Evolution atypique d'une leucémie myéloïde. — M. Fabre.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

19 Mars 1944.

Péricardite hémorragique primitive et latente. Constriction cardiaque terminale. Malformation congénitale de l'oreillette droite. — MM. Mouquin, Lenègre, Catinat et Mathivat rapportent l'histoire d'un jeune homme porteur d'une péricardite hémorragique considérable. Celle-ci, qui pendant 3 ans était demeurée latente, se transforma, à la suite d'une ponction, en péricardite constrictive, à petit cœur, entraînant, 6 mois après, la mort par adiastolie.

La nature de cette péricardite constrictive est inconnue, mais si le fait est fréquent, il est rare de pouvoir chiffrer, comme dans ce cas, le temps mis à sa constitution.

La nécropsie révéla l'existence d'un angiome du péricarde ainsi qu'une malformation congénitale de l'oreillette droite, divisée en 2 parties par une sorte de diaphragme.

Maladie de Raynaud traitée chirurgicalement. Contrôle artériographique des lésions. — MM. A. Varais et Servelle ont traité une maladie de Raynaud, à la phase trophique et à lésions bilatérales des membres supérieurs par l'ablation bilatérale des 2e et 3e ganglions thoraciques. Le résultat fonctionnel fut parfait. Les lésions furent contrôlées avant l'intervention par une artériographie au thorostrast. Les auteurs se proposent de contrôler dès que possible le parfait résultat fonctionnel par une nouvelle artériographie.

Infarctus du myocarde avec périodes de Luciani-Wenckebach. — MM. Loeper, A. Varay, P. Chassagne et Ruel rapportent un nouveau cas d'infarctus du myocarde où furent observés successivement : des déformations du type T3 avec blocage incomplet du type 4-1 (5e *jour*), puis allongement de PR [0,28] (6e *jour*) ; puis une phase de 24 heures avec période de Luciani-Wenckebach (7e *jour*), avec reprise du rythme sinusal (8e *jour*), le tout aboutissant à un tracé du type T3. Le caractère favorable du pronostic dans ce cas et la facilité de retour au rythme sinusal plaident pour des lésions parcellaires ou des ischémies transitoires.

Cardiopathie congénitale complexe. Discussion rétrospective des possibilités chirurgicales. — M. J. Facquet discute, à propos d'une cardiopathie congénitale complexe, chez un sujet de 29 ans, mort par tuberculose, de l'intérêt possible, dans un cas identique, de la ligature du canal artériel.

Cette intervention paraît actuellement bien réglée et susceptible de quelques applications dans un nombre de cas limité.

Quelques remarques électrocardiographiques et phonocardiographiques chez le cheval normal. — MM. Charton et Minot ont obtenu au maximum les différents accidents électrocardiographiques en appliquant des électrodes aux membres antérieur droit et postérieur gauche.

Les thromboses cardiaques intracavitaires. — MM. D. Routier, R. Tricot et P. Fortin, à propos de 3 observations cliniques, reconsidèrent le problème des thromboses cardiaques intracavitaires, qui se distinguent à l'autopsie des coagulations agoniques ou *post mortem*.

Le diagnostic clinique pourrait en être suspecté au cours d'une longue période d'asystolie irréductible et il serait souhaitable qu'il puisse être fait, car les thérapeutiques anticoagulantes permettraient peut-être d'éviter que les caillots se multiplient entraînant un encombrement cardiaque progressif et des accidents terminaux contre lesquels toute thérapeutique reste vaine.

La prépondérance ventriculaire. Ses rapports avec les déformations de ST et de T, les blocs de branches et les extrasystoles. — MM. C. Lian, Bonamis et M. Berger montrent que dans les tracés de prépondérance ventriculaire gauche, la ligne ST est isoélectrique et le T est positif dans la majorité des cas. Quand ST et T sont déformés, il y a le plus souvent une insuffisance cardiaque accentuée ou des crises angineuses : ces accidents sont bien plus rares quand ST et T sont normaux. Par contre l'état de ST et le sens de T n'entrent pas dans la constitution de la prépondérance, leurs perturbations sont contingentes et liées à ce que des altérations myocardiques ou coronariennes sont surajoutées à la prépondérance.

La prépondérance ventriculaire n'est pas un degré atténué du bloc de branches. Mais un retard léger ou marqué dans la conductibilité d'une branche terminale hisienne peut se surajouter à la prépondérance.

Ainsi la prépondérance ventriculaire gauche consiste simplement en un levogramme de grande amplitude. Les déformations de ST et de T, l'élargissement de R ou de S sont des perturbations contingentes pouvant ou non se surajouter à la prépondérance.

Dans les blocs de branches, comme dans les extrasystoles ventriculaires à tracé schématique, c'est le ventricule recevant le plus tardivement l'incitation motrice qui régir le sens du tracé.

Utilisation de l'hormone vagotrope pancréatique chez un asystolique grave hépato-mégalique. — M. C. Lian présente une communication de M. Wahl (Marseille) concernant un asystolique suivi depuis 1938 et chez qui un traitement par la vagotinine permit d'enregistrer une amélioration persistante.

Myocardite primitive. — MM. de Brux et Dalous rapportent un cas d'insuffisance cardiaque curable (myocardie) qu'ils attribuent à l'abus des sports et à la restriction des hydrates de carbone dans l'alimentation.

R. Coronel.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

5 Mars 1944.

Ionothérapie endocrinienne. — M. J.-A. Huet rappelle la constitution chimique et les affinités ioniques particulières de divers produits hormonaux ; il utilise la voie électrique pour le transport dans un but d'opothérapie substitutive ; il a fait les mêmes constatations pour la vitaminothérapie par cette voie.

Irradiations à faibles doses dans la radiothérapie des verrues. — M. P. Le Goff. Pour les verrues isolées, la radiothérapie à doses massives est le procédé de choix. Pour les verrues multiples, sur de larges surfaces, l'auteur préconise des irradiations locales combinées à l'irradiation spinale segmentaire ; doses initiales faibles, accrues progressivement ; doses totales, en 1 mois à 6 semaines : 100 r. spinaux, 300 r. locaux.

Le guidage radio-chirurgical, modèle de compas-guide à réglage autonome et instantané. — M. J. Didier a conçu un modèle qui peut être réglé instantanément par le chirurgien sur les seules indications radiologiques numériques de profondeur, fournies par la localisation préalable : c'est uniquement un instrument de guidage.

Interposition colique et aérocolie. — MM. Frain et Mariage. Chez un malade souffrant d'un point de côté thoracique droit, l'absence de signes généraux, la forme et la fixité d'une bulle aérique sous-diaphragmatique droite, la coïncidence des accès douloureux d'aérocolie font songer à une interposition colique. Diagnostic confirmé par lavement baryté.

Réflexions sur la plésiorœntgenthérapie. — M. A.-N. Loiseau fixe les indications actuelles de la plésiorœntgenthérapie (radiothérapie de contact) dans certaines affections cutanées et muqueuses (épicutanés, angiomes tubéreux, cancer de la langue, verrue plantaire, etc.), ou profonde (cancer du col utérin, du voile du palais, vessie, rectum) ; il compare les premiers résultats obtenus avec ceux de la curiethérapie.

Un cas d'obstruction fatale d'un œsophage normal par un morceau de viande. — M. Rouquet présente l'observation de cette curieuse obstruction et l'accompagne de clichés démonstratifs.

Traitement de la sclérose des corps caverneux par l'ionisation à la thiosinamine. — M. Noix, à la suite d'observations de 8 cas traités, conclut à l'efficacité et à l'absence de tout danger de cette thérapeutique. Elle peut alterner avec les séries de radiothérapie. Elle est nettement plus efficace que l'ionisation iodurée et agit sur les troubles fonctionnels et la plaque d'induration.

Y. Hélie.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

13 Mars 1944.

A propos du procès-verbal. Carcinoïde du grêle. — M. Moulonguet.

Sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux. — M. Lambling distingue parmi les traitements parentéraux de l'ulcère ceux qui comportent de l'histamine et ceux qui n'en comportent pas. Les statistiques apportées jusqu'ici ne sont pas convaincantes de leur efficacité.

La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du rectum. — MM. P. d'Allaines et A. Le Roy rapportent leurs résultats depuis 1935 : de 1935 à 1942, dans 21 cas, l'opération fut conservatrice (en ce qui concerne l'appareil anal) ; dans 48 cas l'opération fut mutilante. De 1942 à 1944, dans 40 cas, l'appareil anal fut conservé. Dans 26 cas l'intervention fut mutilante.

En somme, actuellement, dans les 2/3 des cas, le cancer du rectum relève de la chirurgie conservatrice.

Les adhérences à la vessie, l'implantation de la tumeur à moins de 10 *cm.* de l'anus, distance appréciée par le toucher rectal, contre-indiquent évidemment la chirurgie conservatrice.

L'intervention est le plus souvent faite en 2 temps avec anus iliaque préalable. Les résultats sont excellents au point de vue fonctionnel. Les métastases sont rares et les récidives locales également.

Les appendicites à forme tumorale. — MM. J. Sénèque et Marcel Roux rapportent plusieurs observations d'appendicite révélée cliniquement par l'existence d'une tuméfaction abdominale où l'examen radiologique put mettre sur la voie du diagnostic.

Etude radiologique du transit gastro-intestinal dans un cas de pneumopéritoine thérapeutique. — MM. André Bellin et André Cornet. M. F. Moutier, rapporteur.

Un curieux corps étranger valérien ou une complication inattendue de la gastro-entérostomie au bouton. — M. Joseph Timbal (Toulouse). M. F. Moutier, rapporteur.

J.-M. Gorse.

SOCIETE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE PARIS

3 Janvier 1944.

A propos de la réaction décrite par Mlle Grimaldi dans les urines. — M. Chappaz (Reims). La réaction de Mlle Grimaldi, avec la technique actuelle, ne rend aucun service pour le diagnostic de la grossesse. Les grossesses avant 6 mois donnent une réaction très variable. Les urines de la fin de la grossesse et les urines mâles présentent des caractères communs, donnant une réaction différente de celle obtenue avec l'urine des femmes non gravides.

— M. Le Lorier se demande si la variation des résultats n'est pas conditionnée par une question de *p*H.

— Mlle Grimaldi n'a pas observé de concordance entre le *p*H et les résultats de la réaction.

Hématome sous-cutané cranien au cours d'un syndrome hémorragique du nouveau-né. — M. Bret présente l'observation d'un nouveau-né qui 3 jours après la naissance présente un hématome sous-cutané cranien et de légères hémorragies digestives. L'hématome augmente rapidement et l'enfant meurt le 5e jour. A l'autopsie, outre l'hématome sous-cutané cranien, on trouve un volumineux hématome sous-dure-mérien, quelques suffusions hémorragiques gastriques et un degré assez accentué de néphrite.

A noter que l'accouchement a été des plus simples, mais la mère était syphilitique et malgré des traitements répétés, au reste assez mal supportés, les réactions sérologiques étaient toujours restées positives.

— M. Le Lorier a observé un cas analogue dont l'état a été transformé par des injections de novar.

— M. Lacomme. Les hémorragies facilement décelables cèdent très facilement à des injections sous-cutanées de vitamine K.

A propos de présentations transversales irréductibles chez les grandes multipares. — MM. Grasset et Guimezannes présentent un volumineux polype fibreux implanté sur le détroit inférieur et qui avait rendu impossible toute version chez une VIIe pare à terme. La césarienne a révélé la cause de l'irréductibilité.

Rupture utérine, en apparence spontanée, au 4e mois d'une 3e grossesse. — M. Lebel (Mantes). M. Lesage, rapporteur. Il s'agit d'une femme de 38 ans ayant eu 2 grossesses antérieures normales. Au cours de la 3e grossesse, à plusieurs reprises, on note de petites hémorragies qui cèdent par le repos. L'utérus augmente progressivement surtout au niveau du fond et de la partie droite. On sent dans le cul-de-sac droit une masse du volume d'une noix.

A 4 mois 1/2 de grossesse, au cours d'un effort de défécation, douleur violente, vomissement, signes de grande hémorragie interne. L'opération d'urgence montre une rupture transversale du fond utérin sur les 2/3 de sa largeur à partir de la corne droite. Enorme quantité de sang dans l'abdomen, le fœtus nage parmi les anses, le placenta saille dans la cavité abdominale. Hystérectomie subtotale rapide. La malade sort guérie le 24e jour.

Dans la suite elle avouera avoir, au début de sa grossesse, introduit dans l'utérus une sonde en gomme sans mandrin pendant une huitaine de jours.

7 Février.

Notes sur l'emploi du forceps. — MM. Portes et Granjon se placent dans les conditions idéales de la clinique obstétricale où le spécialiste, habitué de la voie basse, a à sa disposition les divers types de forceps. Voici les différents forceps adaptés sur les différentes présentations, les conditions du forceps étant supposées justifiées, et les conditions nécessaires à son application réalisées : Occipito pubienne : petit forceps de Pajot (ne pas l'utiliser s'il y a une rotation à faire) ; O I G A ou O I D A : Tarnier à tracteur ; O I D P ou O I G P : Demelin à lacs ; présentation de la face : forceps de Demelin ; présentation du front : indication exceptionnelle, forceps à lacs ; présentation du siège : pas de forceps sur le siège, petit forceps de Pajot sur tête dernière.

Après les grandes rotations il y a avantage à changer de prise et de forceps.

Malformations vulvaires chez 2 filles nouveau-nées. — MM. J. Ravina et Jamain présentent l'observation et la photographie de 2 malformations hyménéales et vulvaires, dont la 2e a été enlevée chirurgicalement et qui paraît, d'après l'examen histologique, être une séquelle cicatricielle d'une lésion inflammatoire ou traumatique.

Appendicite des suites de couches. — MM. J. Ravina, Jamain et Salinési. Il s'agit d'une femme qui accouche naturellement, puis, au 5e jour des suites de couches, fait une poussée de colibacillose aiguë. Traitée par la thiazomide, les phénomènes rétrocèdent en 3 jours. Au 20e jour douleur violente dans la fosse iliaque droite avec signes classiques d'appendicite aiguë qui est immédiatement opérée avant le stade de réaction péritonéale. Les suites sont très simples.

Les appendicites primitives des suites de couches sont très rares et celles débutant au 20e jour tout à fait exceptionnelles.

Les quadruplées de Bannalec. — MM. Lartigue (Bannalec) et Prudent (Quimperlé) présentent l'observation d'une femme ayant accouché de 4 enfants (2 garçons, 2 filles). Le diagnostic avait été fait par la radiographie. 2 mois 1/2 après l'accouchement une seule fille vivait encore.

Trois cas de nævocarcinomes des organes génitaux féminins. — MM. Wickham, Perrot et Kritter. Ces lésions, dont 2 siégeaient sur le col et une à la vulve, sont particulièrement rares. Du point de vue clinique, l'évolution est très latente.

Perforation traumatique du pharynx chez un nouveau-né par l'insufflateur de Ribemont-Dessaigne. — MM. Merger et Alison.

P. Duhail.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MEDICALE DE PARIS

24 Mars 1944.

Les sinusites allergiques et leur traitement hydrominéral. — M. H. Flurin. C'est le terrain qui donne à la sinusite sa caractéristique évolutive quelle que soit la cause : allergie ou infection microbienne. La médication hydrominérale, surtout sulfurée, doit son efficacité à son action locale et à son action favorable sur l'équilibre vago-sympathique, dans les dysendocrinies et à son action antihistaminique.

— M. Chiray a reconnu expérimentalement l'action antihistaminique de Châtelguyon sur l'intestin isolé du cobaye et l'utérus isolé.

— M. Justin-Besançon rappelle les effets favorables des eaux du Mont-Dore dans certains coryzas spasmodiques par action directe de l'eau nébulisée au niveau des organes.

Potentiel d'oxydo-réduction des eaux de Vichy à la source. — MM. R. Glénard, L. Lescœur et A. Corre, ayant récemment reconnu dans les eaux de Vichy à la source un état réducteur sur le permanganate de potasse, ont mesuré le potentiel d'oxydo-réduction et établi ainsi un classement des principales sources de Vichy qui se rapproche de celui relatif à leur importance thérapeutique.

L'indice de nutrition des eaux sulfureuses. — M. Rimattei a étudié cet indice pour les eaux d'Aix-les-Bains, Uriage, Labassère : négatif au griffon, variant plus ou moins ainsi que la sulfuration au cours de la conservation, et en sens inverse de la conductivité électrique, du *p*H et de l'alcalinité, variations paraissant liées à celles du pouvoir d'oxydo-réduction.

Recherches sur la toxicité du bichlorhydrate d'histamine pour le cobaye et sur la protection créée par les eaux de Contrexéville-Pavillon. — MM. E. Dubot, J. Paris et M. Fontan constatent que le cobaye meurt toujours avec des doses supérieures à 11 mg. par kilogramme d'animal, que la race importe davantage que le poids des animaux : certains meurent avec 9 mg. Après 21 injections quotidiennes sous-cutanées de 1 cm^3 de C. P. pour 100 g. de poids, ils notent 75 pour 100 de survies aux doses mortelles au lieu de 44,5 pour 100 chez les non préparés.

Variations de la phosphatasémie et de la phosphorémie minérale chez les rhumatisants chroniques au cours de la cure d'Aix-les-Bains. — Mlle F. Françon et M. Pallas. Les résultats obtenus sont très variables, obéissant surtout à des facteurs individuels, les valeurs du phosphore et surtout de la phosphatase étant plus instables, plus labiles dans les rhumatismes infectieux que dans les cas d'ostéo-artrite hypertrophique dégénérative.

L'œuvre hydrologique du Prof. Rathery. — M. de Traverse.

J.-J. Sérane.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

21 Février 1944.

Erreur de diagnostic provoquée par un corps étranger sous-glottique. — MM. Maurice Lamy, Zha et Tran Huu. Un enfant présente une dyspnée de type laryngé subit qui fait porter le diagnostic de croup; la laryngoscopie décèle montre un corps étranger sous-glottique (os de lapin) dont la pénétration dans les voies aériennes était totalement passée inaperçue.

Présentation d'une fillette de 8 ans, pour un bruit de l'oreille. — MM. Le Mée et Aubry. Le bruit de l'oreille chez cette enfant pouvait être entendu à distance. Il s'agit sans doute de contractions du *tensor tympani*.

Récupération de la voix dans les paralysies récurrentielles par le traitement phoniatrique. — M. Garde expose les manœuvres thérapeutiques actives et passives qui, faisant appel à la musculature cervicale extra-laryngée, permettent de corriger en un temps variable 90 pour 100 des sujets atteints de paralysie récurrentielle.

Accident mortel par anesthésie à la butelline. — M. du Buit. Résection sous-muqueuse de la cloison, d'abord injection de sédol. Badigeonnage à la butelline à 5 pour 100, infiltration à la novocaïne à 1 pour 200, puis tampon de butelline laissé 2 minutes en place. Crises épileptiformes subintrantes. Mort en 45 minutes.

Pharyngite kyperkératosique. — M. Loiseau.

Un cas de syphilis de l'oreille moyenne. — M. Ramadier.

Cardiospasme avec échec de la dilatation et de l'infiltration des nerfs lombaires. Opération de Heller. Guérison. — M. Bourget.

La bronchoscopie avec ou sans spatule. Comparaison entre les deux méthodes. — MM. Le Mée et Soulas.

Réflexion pratique sur les 2 cas récents de bougirage rétrograde. — MM. Le Mée, Soulas et Tran Huu.

R. Caussé.

SOCIETE DE MEDECINE ET D'HYGIÈNE DU TRAVAIL

Séance inaugurale du 19 Juin 1944.

Election du bureau. — MM. Balthazard, président; Duvoir et Feil, vice-présidents ; Dérobert, secrétaire général ; M. Perrault et Lumière, secrétaires des séances ; Desplas, archiviste, et Chéramy, trésorier.

A propos de 13 cas d'intoxication par le bromure de méthyle dont 7 collectifs et 2 mortels. — MM. Jean Michaux, A. Clercy et G. Lechevallier rapportent l'étude clinique qu'ils eurent l'occasion de pratiquer sur des ouvrières employées à remplir des ampoules de bromure de méthyle destiné à un usage antiparasitaire qui devient de plus en plus courant et pour lequel une grande réclame est actuellement faite. Le tableau symptomatologique est le suivant : dans les cas graves, coma avec crises convulsives cloniques débutant aux membres supérieurs et s'étendant aux membres inférieurs, perte d'urines, sans morsures de la langue; dans les jours suivants, dysarthrie et mouvements myocloniques des doigts de la main, puis persistance d'un tremblement au niveau des membres supérieurs, avec dysmétrie, adiadococinésie et hyper-réflectivité tendineuse. Dans les cas moins graves, on note au début de la céphalée, des vertiges, des syncopes, de la dysarthrie et de l'hyperacousie douloureuse, suivis dans la plupart des cas de crises convulsives. Enfin, parfois, les seuls symptômes consistent en des mouvements myocloniques spécialement localisés aux trois premiers doigts de la main. L'ensemble de ces signes n'apparaît jamais au moment même de l'inhalation, ils surviennent toujours après un temps de latence plus ou moins long.

Si les séquelles de l'intoxication consistent surtout en la persistance d'un tremblement important avec les mouvements intentionnels des membres supérieurs, l'évolution des intoxications graves peut se faire vers la mort. Deux des ouvrières moururent rapidement dans un coma avec convulsions.

— M. Mollaret indique que le tremblement intentionnel que présentent les intoxiqués longtemps après l'inhalation n'est pas un phénomène pithiatique mais qu'il répond à des lésions organiques définitives du pédoncule cérébelleux supérieur.

— M. Fabre donne le résultat de l'analyse toxicologique des viscères.

Etude anatomo-pathologique de l'intoxication par le bromure de méthyle. — MM. M. Duvoir et L. Dérobert rapportent le résultat de l'examen anatomo-pathologique des viscères des deux intoxications mortelles qui confirme celui qu'ils avaient publié en 1937 avec MM. Fabre et Layani. Les poumons présentent au cours de l'intoxication par le bromure de méthyle soit une inondation hémorragique réalisant le coup de sang pulmonaire, soit des lésions d'emphysème et d'œdème alvéolaire, soit enfin de l'emphysème seul. Mais quelle que soit l'image de l'appareil alvéolaire, il existe toujours une infiltration leucocytaire intense à type de polynucléaires neutrophiles, disséminée autour des tractus conjonctivo-vasculaires et à l'intérieur de l'alvéole lui-même. Les éléments marginés se collent contre la paroi.

Le foie est souvent atteint de dégénérescence graisseuse, il existe des lésions de néphrite épithéliale, les cellules nobles du système nerveux ne sont pas altérées, enfin au niveau du pédoncule cérébelleux a été trouvé un œdème péricellulaire important.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

27 Mars 1944.

Sur l'efficacité remarquable des parasympathico-mimétiques en psychiatrie infantile. — M. P. Doussinet et Mlle E. Jacob. L'association ésérine-pilocarpine est indiquée chez les petits déficients, déséquilibrés, schizoïdes, prédisposés dans les états de fatigabilité et de croissance, certains états d'arriération simple (déficits légers, après 6 mois à 1 an) et dans 25 à 30 pour 100 des cas de déficits moyens.

Curieuses conséquences du goût de la nouveauté chez un débile mental. — MM. Briau et Claude Pottier. Arriéré chez lequel le goût de la nouveauté, déterminant un désir d'« évasion », a été le mobile d'un acte absurde et dangereux.

Rôle du 3e ventricule dans le psychisme. — M. P. Guiraud. La réalité des états maniaques consécutifs à l'excitation de la partie antérieure du tuber est démontrée par la neuro-chirurgie et l'expérimentation. Ces états ne sont pas une simple conséquence de la confusion mentale. Quant à la conscience, il faut distinguer le sentiment d'être (qui semble une fonction synergique végétative du bulbe au tuber) de la sensation d'avoir un corps qui comporte une composante corticale importante.

Valeur thérapeutique de l'électro-absence épileptique en psychiatrie. — MM. P. Delmas-Marsalet et J. Faure. La valeur thérapeutique de l'absence électrique, quoique habituellement inférieure à celle de la crise convulsive, n'est pourtant pas négligeable (56 cas). Les effets, souvent comparables à ceux de l'électro-crise convulsive, peuvent leur être inférieurs ou supérieurs (hypochondrie surtout). La thérapeutique par absences peut soit précéder la convulsivo-thérapie, soit être le seul traitement possible.

Interprétation du syndrome acido-basique de l'électro-choc. — MM. P. Delmas-Marsalet, L. Servatie et J. Faure. La chute de CO^2 total, l'élévation des protéines, des phosphates, des chlorures du sang relèvent du travail musculaire représenté par les convulsions. Le simulacre d'électro-choc est générateur d'alcalose sanguine. Le simple spasme électrique provoque une acidose légère. Faible part de l'apnée dans la production d'une acidose gazeuse. Les modifications acido-basiques du sang et celles de certains constituants ne nécessitent donc pas l'intervention de centres diencéphaliques.

Les troubles psychiques dans les lésions massives de l'hypothalamus. — M. Lhermitte.

24 Avril.

Le délirant chronique et l'anthropométrie. — MM. J. Dublineau et Gourmelon. Prédominance, chez le délirant chronique systématisé, de la morphologie pycno-normotype ou pycnoathlétique. La formule tend vers le type asthénique pour les délires asystématiques à forme paranoïde.

La proportion névrotique et la schizothymie de Kretschmer. — M. J. Dublineau. Les formules schizoïdes et paranoïaques constituent 2 expressions d'un « type névrotique » que spécifient certains caractères communs inscrits dans la schizothymie de Kretschmer. C'est la structure de base qui donne à ces deux expressions leur couleur particulière.

La sédimentation sanguine au cours de psychoses diverses. La vitesse de S. S. (observée chez 98 pour 100 de psychopathes indemnes de tuberculose) va de 15 pour 100 à 65 pour 100 au bout d'une heure (technique Cesari-Cordier-Chaix). Elle varie avec l'état du malade et redevient parfois normale dans les intervalles lucides. Ces résultats, associés à d'autres signes biocliniques, suggèrent chez ces malades l'existence d'un état infectieux chronique.

Répartition des groupes sanguins en fonction des types morphologiques dans un service psychiatrique. — M. J. Dublineau. Prédominance du groupe A chez les psychopathes en général. La proportion des groupes O, inférieure à la normale chez les psychopathes à type asthénique, lui est supérieure chez ceux de type athlétique et est intermédiaire chez les pycniques.

La résistance biologique et la compréhension des problèmes psychopathologiques. — M. J. Dublineau. Chez les athlétiques les troubles morbides tendent vers la localisation, les délires vers la systématisation, les comportements caractériels vers des formules motrices, le sang vers des formes de résistance à l'action agglutinante des sérums. Le type athlétique est une des formes de la résistance biologique générale.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

4 Mai 1944.

Oxycéphalie avec agénésie de la commissure calleuse et du vermis inférieur. — MM. Lhermitte, Ajuriaguerra et Trotot rapportent l'observation d'un garçon de 20 mois, oxycéphale et hydrocéphale, dont les parents sont consanguins et dont une sœur a la même malformation; l'enfant est mort après une exploration du 3e ventricule; l'autopsie a montré l'agénésie de la commissure calleuse et du vermis inférieur et l'hypergénèse des commissures ventrales.

Dystonie de fonction chez un instrumentiste. — M. A. Thomas montre un musicien qui présente une dystonie du médius droit ne se manifestant guère que lorsqu'il joue du cornet à piston; cette dystonie évolue depuis 2 mois, mais le malade a depuis plusieurs années une crampe des écrivains qui n'apparaît d'ailleurs que dans certaines positions; à l'examen, on note que la passivité est diminuée au poignet droit, sans anomalies de l'extensibilité, phénomène que l'auteur a trouvé constamment dans la crampe des écrivains; le rôle du surmenage est évident dans ce cas.

Accidents nerveux conjugaux consécutifs à une intoxication alimentaire. — MM. A. Thomas, Cochez et Bordet présentent un mari et sa femme atteints simultanément d'une paralysie élective des muscles des pieds avec abolition de l'achilléen, puis d'une parésie des mains avec atrophie prédominant sur le 1er espace interosseux; les troubles de la sensibilité sont discutables. Cette atteinte distale segmentaire fait penser à une intoxication par le tri-ortho-crésyl-phosphate, mais l'ingestion de ce corps reste douteuse; les sujets avaient présenté en Décembre des troubles gastro-intestinaux après avoir consommé des tripes; les poules qui avaient mangé les restes du repas avaient eu peu après des phénomènes parétiques et les malades les avaient mangées.

Atrophie cérébrale post-commotionnelle. — MM. Faure-Beaulieu, Puech et Morlaas présentent un malade chez qui évolue, depuis une commotion cérébrale survenue il y a 30 ans, un état démentiel progressif avec hémi-syndrome parkinsonien et hémi-hypoesthésie droite ; il y a 15 mois, une injection d'air avait montré une dilatation ventriculaire diffuse prédominant à gauche et dans la région pariéto-occipitale. Les auteurs estiment que dans ce cas l'hypothèse d'un état antérieur révélé par le traumatisme est peu plausible.

Méningite aiguë à éosinophiles. — MM. Alajouanine, Thurel et Durupt rapportent un cas de méningite bénigne avec forte leucocytose céphalo-rachidienne dont la formule était : 60 pour 100 de lymphocytes et moyens mononucléaires, 40 pour 100 de polynucléaires éosinophiles; ces faits resteront méconnus si on ne s'astreint pas à faire systématiquement les colorations voulues.

Médecine ou chirurgie : sciatique et névralgie faciale. — MM. Alajouanine et Thurel apportent la statistique de leur 2e série de 100 opérés de sciatique; ces cas représentent la presque totalité des malades soumis à l'exploration radio-lipiodolée qui n'est plus qu'un acte pré-opératoire. Les sciatiques discales (80 pour 100 des cas) ne relèvent pas seules de la chirurgie; les autres sciatiques bénéficient de la radicotomie postérieure. La réduction du nombre des échecs à 4 pour 100 est due pour une part à la mise en œuvre de la radicotomie postérieure comme complément de sécurité dans la plupart des cas où la hernie a été enlevée. Aucun accident n'a été observé.

Dans le traitement de la névralgie faciale, la neurotomie rétrogassérienne n'a plus de raison d'être en face de l'alcoolisation du ganglion de Gasser, plus simple, ne faisant pas courir les mêmes risques et donnant des résultats définitifs.

— M. Guillaume estime que la proportion des sciatiques à opérer est inférieure à 8 pour 100, les autres guérissant par les traitements médical, physique ou orthopédique. Des années d'expérience ont montré que dans la névralgie faciale, il fallait conserver le ganglion de Gasser; la neurotomie est bénigne, même chez les sujets très âgés.

— M. de Sèze estime aussi que la proportion des sciatiques justiciables de l'opération est inférieure à 10 pour 100 dans les services spécialisés, à 1 ou 2 pour 100 dans les autres.

— M. Thiébaut rappelle que M. Cl. Vincent obtient d'excellents résultats dans les sciatiques par nettoyage du ligament ilio-lombaire sans laminectomie. L'alcoolisation et la neurotomie ont chacune leurs indications dans la névralgie faciale.

— M. Baudouin fait de moins en moins d'alcoolisation dans les névralgies faciales car les récidives sont fréquentes; il a fait peu d'alcoolisations du ganglion de Gasser, des accidents lui ayant fait rapidement abandonner la méthode.

— M. Mollaret rapporte un cas où l'alcoolisation du ganglion de Gasser a donné un désastre.

— M. Barré ne compte que 6 sciatiques rebelles sur 60 cas; même chez des sujets se livrant à des travaux pénibles, le repos, les injections locales, la radiothérapie, le port d'une ceinture évitent presque toujours l'opération.

— M. Alajouanine ne voit pas l'utilité d'attendre des mois avant de se décider à soulager le malade par une opération bénigne; il rappelle que beaucoup de travailleurs sont réformés lorsque leur indisponibilité atteint 6 mois.

Myélite subaiguë récidivante après électrocution. — MM. Carrot et Paraire rapportent l'observation d'un sujet ayant présenté immédiatement après une électrocution un syndrome pyramidal transitoire et chez qui se développa rapidement, 4 ans plus tard, une myélite localisée partiellement régressive, sans anomalie du liquide céphalo-rachidien. De rares observations prouvent la possibilité de poussées évolutives après électrocution, liées sans doute à des arachnoïdites et à des vascularites.

Lucien Rouquès.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

19 Février 1944.

Déformation acquise du cristallin par tumeur intra-oculaire. — M. Erlanges (Poitiers) rapporte le cas d'une malade de 56 ans dont l'œil gauche voit de moins en moins. L'examen révèle, au contact de la cristalloïde postérieure, dans le quadrant supéro-externe de la rétine, une masse arrondie, fixe, couverte d'un fin lacis vasculaire. Alors que l'astigmatisme cornéen, apprécié au Javal est de 90° ± 0,75, la skiascopie montre un astigmatisme hypermétropique très irrégulier, à 45°. L'acuité est inférieure à 1/20.

A l'examen de la pièce, après énucléation du globe, on constate que le corps ciliaire est décollé et rejeté en avant avec les procès et l'iris, réduisant la profondeur de la chambre antérieure. Cette déformation cristallinienne était le seul signe objectif qui expliquait la baisse considérable de l'acuité. Mais rares sont les cas signalés de déformation cristallinienne par tumeur intra-oculaire.

Spasme prolongé de l'artère centrale de la rétine. Rôle des glandes endocrines. — M. A. Koutseff (Toulon) a observé un spasme prolongé (plus de 5 mois) de l'artère centrale de l'œil gauche. Signes classiques rappelant ceux de l' « embolie ». Il s'agit d'une femme en état de préménopause avec troubles endocriniens (hypertonie endocrino-sympathique), grande instabilité de la pression générale, sans hypertension artérielle, et rétinienne, plus basse du côté spasmé.

Un passé aortique fait penser à l'hérédo-syphilis qui, de même que l'hérédo-tuberculose prédispose aux troubles endocriniens. L'auteur incrimine particulièrement l'hyperfolliculinémie. Il signale aussi, après Oppel, le rôle des émotions violentes dans l'étiologie des spasmes. En physiologie Canon a signalé que si on montre un chien à un chat on provoque chez ce dernier une décharge de sympathine, identique à l'adrénaline. Or la malade dont la maison a été très menacée par le bombardement a présenté, à cette occasion, des troubles visuels.

Quelques cas de dégénérescence héréditaire et familiale de la cornée. — M. G. Renard. Présentation de 2 frères atteints de dégénérescence du type Fehr-Hambresin. Ces jeunes gens, âgés aujourd'hui de 22 et 23 ans, ont vu leur affection débuter il y a 10 ans. Ils présentaient alors, l'un et l'autre, un syndrome adiposo-génital. Leur acuité visuelle est encore de 6 à 7/10. Aucun autre cas dans la famille.

Une autre malade, jeune fille de 23 ans, présente une kératite du type Groenow. Son acuité est à peine de 1/10. Son père, sa tante et son frère étaient atteints de la même affection. Peut-être le soulèvement de l'épithélium beaucoup plus accentué dans le type Groenow que dans le type Fehr-Hambresin explique-t-il la différence d'acuité dans ces diverses formes de kératite familiale.

Particularités de l'action de l'acide nicotinique dans deux cas de myopie forte avec choroïdose. — M. Jean-Gallois a obtenu, chez 2 myopes forts, par l'emploi de l'acide nicotinique en ingestion, une amélioration de l'acuité visuelle, mais avec diminution du degré de la myopie dans une proportion variant de 1 à 2 dioptries. L'hypothèse la plus vraisemblable, parce qu'elle s'appuie sur l'action générale vaso-dilatatrice du produit, est qu'il s'agit d'une légère propulsion de la rétine par la choroïde hyperémiée : ce serait un signe de cette vasodilatation intraoculaire que l'ophtalmoscope ne montre pas d'une façon constante.

Par ailleurs, la prolongation d'action du médicament, si elle s'avère assez constante, pourrait permettre certains espoirs d'améliorer les conditions de la circulation dans le pôle postérieur de l'œil myope en agissant sur elle dès l'enfance.

Apparition des troubles fonctionnels à l'âge de 35 ans chez un buphtalme congénital. — M. A. Dubois-Poulsen. Observation d'un malade appartenant à une famille de buphtalmes qui, malgré la malformation de ses globes, ne vit sa vision et son champ visuel diminuer qu'à l'âge de 35 ans. L'apparition des troubles fonctionnels fut précédée par l'établissement d'une excavation optique. La tension oculaire ne s'est pas élevée au-dessus de 30. Le cas publié est parmi les plus longues rémissions connues de la maladie. Cette observation remet en question le diagnostic différentiel de la buphtalmie et de la mégalo-cornée, ainsi que la dissociation possible de la tension et des autres symptômes glaucomateux.

Verrucosités hyalines de la papille. Présentation de malade. — M. G. Renard.

L. Guillaumat.

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

9 Février 1944.

Notice nécrologique. — M. E.-L. Bouvier.

Infestation naturelle de « Planorbis adowensis », Bourguignat 1879, par « Schistozoma mansoni » au Soudan Français. — MM. J. Sautet et H. Marneffe montrent que *Planorbis adowensis* peut servir d'hôte intermédiaire à *Schistozoma mansoni*, parasite de la bilharziose intestinale.

Recherche des pigments biliaires dans les selles. — MM. R. Mandoul, R. Pautrizel et G. Negrevergne ont utilisé, pour rechercher des pigments biliaires dans les selles, l'action d'une solution de sulfate de cuivre sur un extrait de selles obtenu par déshydratation par le sulfate de soude anhydre en milieu acétique, puis par traitement par l'alcool éthylique à 95° à chaud.

Sur une épidémie d'œdèmes observée dans un détachement de tirailleurs malgaches. — MM. H. Mondon, J. André, R. Feillard et C. Benelli ont observé, en 1941, dans un détachement de tirailleurs malgaches, des œdèmes de dénutrition dont ils discutent l'étiologie et qu'ils classent finalement dans la rubrique des « œdèmes épidémiques d'origine indéterminée ».

— M. R. Montel appelle l'attention sur les œdèmes fugaces des porteurs d'ankylostomes qui peuvent être confondus avec des œdèmes carentiels.

Sur un test de vitalité des œufs d'oxyures. — M. R. Deschiens. Les tests de vitalité des œufs d'Helminthes sont utiles à l'étude pharmacologique des médications anthelminthiques. Les épreuves de coloration des œufs sont contingentes. Un bon test consiste à provoquer l'éclosion des embryons premièrement par conservation des œufs à 20° en milieu humide ou sec, suivant les espèces, puis en les plaçant dans un milieu liquide à la température de l'hôte.

Traitement chimique des trypanosomioses expérimentales et résistance à une infection ultérieure. (Note préliminaire.) — M. L. Launoy apporte des données sur l'état réfractaire succédant, chez les animaux de laboratoire guéris, au moyen de traitements chimiques, de leur trypanosomiase; une véritable immunité est ainsi réalisée. Le traitement des trypanosomiases animales par le sulfarsénobenzol conduit à la même conclusion.

Infestation sporozoïtique naturelle d' « Anopheles gambiæ », Giles, 1902, au Soudan Français. — MM. H. Marneffe et J. Sautet.

Infestation expérimentale, par voie digestive, de triatomes avec un leptomonas parasite de « Pyrrhocoris apterus » L. — MM. J. Colas Beleour et P. Nicolle.

Dispositif permettant la réalisation facile des transmissions infectieuses par voie orale chez les réduvidés hémophages. — M. P. Nicolle.

R. Deschiens.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE FRANCE

18 Avril 1944.

Hygiène bucco-dentaire des enfants. Fiche d'inspection scolaire du Comité national d'hygiène bucco-dentaire. — M. P. Nespoulous. Ces deux communications abordent le problème délicat et complexe de la prophylaxie bucco-dentaire, qui n'est qu'un des aspects de la médecine préventive, mais peut-être le plus difficile à résoudre.

Une doctrine en thérapeutique dentaire et orthodontique infantile. — MM. Dechaume et Cauhépé.

La crampe des dentistes. — M. Pont.

Deux cas d'incisives permanentes surnuméraires incluses. — MM. Richard et Lebourg.

Réduction d'une fracture du maxillaire supérieur par anses métalliques trans-osseuses. — M. Mesnard.

M. Hénault.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE

21 Février 1944.

Anurie au cours d'un traitement par la sulfapyridine. Guérison par décapsulation et infiltration lombaire. — MM. Delnotte, Leandri et Lecointre. Cette anurie après ingestion de sulfamides est une anurie excrétoire. Elle résulte de la précipitation de la sulfapyridine dans les voies extrétrices.

Deux cas d'hydronéphroses partielles. — MM. L. Michon et P. Delinotte. Il s'agit d'hydronéphroses calicielles supérieures traitées par néphrectomie partielle.

Action actuelle du sulfathiazol sur l'urétrite blennorragique récente. — MM. L. Michon et P. Durel. La résistance de certaines souches de gonocoques expliquerait les insuccès plus nombreux aujourd'hui de la sulfamidothérapie.

La novocaïne intraveineuse, méthode de traitement de l'anurie. — M. J. Perrin. M. Ferrier, rapporteur. L'auteur rapporte 4 succès à l'actif de la méthode.

Anurie réflexe de 48 heures. Diurèse immédiate après une injection de novocaïne. — M. P. Loup. L'anurie en cause était consécutive à un cathétérisme urétéral bilatéral pour pyurie.

Anurie après opération de Wertheim. Guérison par infiltration anesthésiante des pédicules rénaux. — MM. L. Léger et A. Germain.

M. Bouteau *présente une règle à calcul pour constante d'Ambard mise au point* par MM. Boss et Lecoq.

René Küss.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

20 Janvier 1944.

L'opération d'Halban dans le traitement des prolapsus génitaux. — Pour MM. Cotte et Mathieu, l'opération d'Halban corrige les 4 éléments qui caractérisent ces prolapsus, à savoir : la cystocèle, la déchirure du périnée, l'abaissement de l'utérus rétroposé et l'allongement hypertrophique du col. On peut ainsi se dispenser de faire un temps abdominal. 101 observations à l'appui, les auteurs rappellent les points essentiels de la technique du chirurgien viennois et discutent les indications : l'Halban est l'opération de choix au voisinage de la ménopause, associée parfois à une hystérectomie vaginale subtotale quand elle est indiquée. Elle est à rejeter chez les sujets jeunes où l'on se contentera d'une simple réfection périnéale associée au besoin à une ligamentopexie. Chez les vieilles femmes on discutera suivant l'état physiologique entre l'Halban et le cloisonnement élargi du vagin. Sur 61 cas revus, 57 excellents résultats.

Ulcère duodénal récidivant après gastrectomie avec implantation duodénogastrique. — M. Peycelon. Les premiers symptômes apparurent moins d'un an après l'intervention. Radiologiquement : gros ulcère duodénal; moignon gastrique anormalement grand. Réintervention : ectomie type Polya. L'ulcère est perforé, bouché dans le pancréas. Un second siège sur la petite courbure. L'auteur incrimine l'insuffisance de la 1re résection gastrique.

A propos des occlusions du grêle. — Sur 20 cas récents, M. Santy conclut : la symptomatologie vésiculaire est fréquente dans les premières heures, même dans les occlusions basses (douleurs épigastriques et hypochondrales, vomissements bilieux), la radiologie simple qui reste d'un grand secours ne signifie pas systématiquement obstacle irréversible; l'aspiration par le tube de Miller et Abott doit être employée comme temps pré-opératoire; l'iléostomie sera utilisée sans réserve dans les cas graves. Sur les 20 cas : 14 brides et 4 volvulus; 2 morts seulement.

A propos des occlusions du grêle. — M. Ricard. Les images même typiques données par la radiographie sans préparation n'impliquent pas forcément un obstacle absolu, irréversible (2 observations à l'appui). Du point de vue thérapeutique si l'aspiration duodénale a une action remarquable elle ne doit pas entraîner de temporisation intempestive.

Arthrite tardive après fracture engrénée du col fémoral traitée par le simple repos. — M. Guilleminet. Ainsi, l'acte opératoire (vissage ou enclouage) peut être parfaitement étranger à l'éclosion de ces arthrites. En dehors de contre-indications générales, il faut toujours désengrener, réduire et visser de telles fractures.

Arthrite déformante après fracture du col du fémur réduite et consolidée en plâtre de Whitman. — M. Tavernier. De telles lésions ne sont donc pas l'apanage des cas vissés ou encloués. L'arthrite est plus souvent post-fracturaire que post-opératoire.

27 Janvier.

Résultat paradoxal des opérations sympathiques dans un dolicho-mégacôlon. — M. Soustelle pratiquant une sympathectomie lombaire et une splanchnicectomie gauches obtint un résultat anatomique parfait alors que la constipation persistait, inchangée.

Occlusions post-opératoires guéries par la seule aspiration duodénale. MM. Tavernier et A. Trillat. Il s'agissait de 2 enfants opérés d'appendicite aiguë avec drains et mèches. Ainsi, sous condition d'une surveillance médicale vigilante, l'aspiration offre là une ressource considérable.

A propos de l'opération d'Halban. — Résumant 3 observations, M. E. Pollosson souligne la valeur de l'amputation du col qui, par la sclérose cicatricielle péri-utérine qu'elle détermine, assure, par ce véritable pessaire naturel, la solidité du résultat éloigné.

Faux kyste traumatique du pancréas et fistule gastrique. Fermeture de la fistule et kysto-gastro-anastomose. Guérison. — MM. Clavel et Charton rappellent à ce propos, schémas à l'appui, 6 techniques de kysto-anastomose. Ils utilisèrent personnellement un procédé valvulaire. La radiologie gastrique montra, qu'ainsi, le reflux gastro-kystique était supprimé.

3 Février.

Vésicule de stase et lithiase. Guérison des troubles par cholécystectomie. — MM. Ph. Rochet et R. Jeanjean. Chez une femme de 52 ans, se greffait sur un tableau chronique de cholécystatonie des crises à type cholécystite. La cholécystographie affirma la stase et fit suspecter la lithiase associée. Vérification opératoire; cholécystectomie. Guérison.

Iléite aiguë et pneumocoque. — M. R. Desjacques apporte 2 observations permettant d'incriminer le pneumocoque à l'origine de certaines iléites aiguës.

Lithiase du cholédoque et hypertonie du sphincter d'Oddi après cholécystectomie. — MM. Mallet-Guy et P. Marion présentent une observation type. Cholécystectomie ancienne pour lithiase vésiculaire; 4 ans plus tard apparition d'un ictère chronique; découverte opératoire de 3 petits calculs cholédociens libres ne pouvant expliquer le syndrome de sténose cholédocienne; hypertonie du sphincter d'Oddi à la radiomanométrie; cholédoco-duodénostomie. Guérison. Ainsi, la lithiase peut-elle être le fait de la stase qui succède à un disfonctionnement du sphincter cholédocien, trouble qui peut survenir après exclusion pathologique ou chirurgicale de la vésicule.

Sur la chirurgie du sympathique du gros intestin. — MM. Mallet-Guy et P. Stagnara. A propos de 23 observations de valeur expérimentale, les auteurs concluent : il est indifférent d'agir sur le sympathique droit ou le sympathique gauche, l'effet intestinal étant, à niveau égal, le même. Il existe des localisations ganglionnaires précises pour les différents segments du côlon : D11, 12 et L1, innervent cæcum et côlon ascendant. D2, le transverse. L3, le côlon descendant. L4, le sigmoïde.

En conséquence, une section sympathique sera élective, uni- ou bilatérale suivant l'intensité du trouble observé.

10 Février.

Subluxation congénitale de la hanche devenue douloureuse, non améliorée par la réfection du toit, ni par une section de l'obturateur, ni par une arthroplastie, guérie par section du nerf du carré crural. — A ce propos, M. Tavernier rappelle que les douleurs antéro-internes sont bien sous la dépendance de l'obturateur, mais les postérieures et postéro-externes doivent être rapportés aux nerfs articulaires du carré crural. Il a pratiqué 20 fois leur section avec un succès constant.

Accident occlusif traité par infiltration splanchnique. — MM. Morel (Romans) et Guillot (Marine). Il s'agissait d'un véritable « iléus alimentaire », en rapport, semble-t-il, avec une ingestion abondante de légumes déshydratés. Le tableau clinique était celui d'un volvulus du gros intestin.

Reposition sanglante de luxation ancienne de l'épaule au 28e mois. — M. Guilleminet. Devant cette luxation très ancienne et très interne chez un garçon musclé de 20 ans, l'auteur dut sectionner le long biceps pour pouvoir reposer la tête. Contention assurée par une butée ostéo-fibreuse à l'aide de la capsule et de fragments coracoïdiens. Bon résultat anatomique et fonctionnel.

Splanchnicotomie pour méga-côlon infantile. — M. Morel (Romans). Enfant de 10 ans chez lequel la constipation opiniâtre était apparue à l'âge de 6 ans et s'accompagnait de crises de subocclusion. Radiologiquement : méga-sigmoïde et méga-rectum. Amélioration nette par les infiltrations novocaïniques. Splanchnicectomie et sympathectomie lombaire gauche totale. Excellent résultat fonctionnel et nette amélioration anatomique.

A ce propos M. Guilleminet apporte 4 observations d'opération sympathique pour maladie de Hirschsprung : 3 excellents

résultats, 1 échec. Soulignant l'action indiscutable de la chirurgie du sympathique, il note qu'un recul suffisant est nécessaire pour porter un jugement définitif.

17 Février.

Résultat des neurectomies dans le méga-côlon. — M. Tavernier. A propos de 2 observations, l'auteur apporte des réserves sérieuses sur la durée des résultats des neurectomies.

Du drainage des ventricules cérébraux dans l'encéphalie acquise. — 3 observations type à l'appui, M. A. Ricard conclut : toutes les fois que l'indication de drainage ventriculaire se pose de façon absolue, ne laissant pas place à une opération d'exérèse tumorale ou de libération de la fosse postérieure, la meilleure opération et la plus souvent indiquée est l'ouverture de la lame sus-optique. Si la participation cérébrale par inflammation ou œdème au syndrome hypertensif est importante, mieux vaut lui préférer la trépanation du corps calleux. Dans le cas de tumeur du carrefour ventriculaire antérieur, notamment du 3e ventricule, c'est à l'ouverture de la corne temporale du ventricule latéral avec drainage sous-cutané qu'il faut avoir recours.

Anthrox double du rein. Double énucléation. Guérison. — MM. P. Truchet et G. Belly (Chambéry). Le diagnostic fut posé avant l'intervention devant les antécédents staphylococciques, la perception d'un gros rein douloureux et la pyélographie par voie veineuse.

Sur l'anthrax rénal. — M. Cibert. Tout anthrax évolue en principe vers le phlegmon péri-néphrétique. Le simple drainage peut alors amener la guérison, mais cette évolution peut être très tardive et l'indication opératoire doit parfois être posée avant cette phase souvent éloignée. Témoin 2 observations où l'auteur dut intervenir rapidement devant l'intensité des douleurs et les signes généraux.

Opération de Gœbell-Stœckel-Michon pour insuffisance du sphincter urétral chez la femme. — M. Morel (Romans). M. Cibert, rapporteur. A propos d'une malade de 40 ans, souffrant d'incontinence d'effort, porteuse d'une légère cystocèle et opérée avec succès par M. Morel, M. Cibert donne les conclusions suivantes : de telles incontinences avec prolapsus relèvent d'abord du traitement de ceux-ci, en y associant le resserrement du col. Les échecs sont justiciables de l'opération de G.S.M. Dans les incontinences sans urétrocystocèle, on a le choix entre la technique de Marion ou le G.S.M. La première, plus simple, est passible de critiques que M. Cibert expose et qui le font incliner vers la technique de G.S.M. Cette dernière lui a donné 11 succès complets et 3 échecs.

A propos des prolapsus avec incontinence vésicale. — M. Cotte combine volontiers l'opération de Marion aux opérations différentes visant les prolapsus. Sur 15 cas récents, il n'a eu que 1 échec.

24 Février.

A propos des prolapsus avec incontinence vésicale. — M. Pollosson. Le plus souvent, la cure du prolapsus, en soignant spécialement le temps antérieur suffit. Les rares échecs ont été traités par l'opération de Marion (8 cas, 4 guérisons, 2 améliorations, 2 échecs).

Prolapsus et incontinence d'urine chez la femme. — M. Chalier pratique la triple opération, y adjoignant la cystoplicature de la vessie prolabée et la restauration du plancher métral aux fils de lin. Un cas d'incontinence avec cystocèle insignifiante fut guérie par l'opération de Gœbell-Stœckel-Michon.

A propos d'un prolapsus avec incontinence d'urine. — M. Perrin préfère recourir dans un premier temps à l'opération simple et souvent très efficace de Marion avant d'en venir à l'opération « délicate, difficile et périlleuse » de G.S.M. (32 Marion : 26 guérisons ; 6 échecs traités par G.S.M. : 6 succès).

Colpocèle postérieure, pure ou associée aux prolapsus génitaux. — M. Cotte. Il s'agit de véritable hernie par persistance d'un cul-de-sac de Douglas embryonnaire. Il importe donc de réséquer le sac dans la périnéorraphie postérieure.

Indications de butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche. — MM. Tavernier et A. Trillat en ont restreint les indications : avant 14 ans la butée est l'opération de choix, donnant d'excellents résultats avec une complication assez fréquente, surtout si on cherche à abaisser la tête : l'arthrite post-opératoire qui évolue favorablement en 2 ou 3 ans (18 observations, 15 excellents résultats, 2 arthrites à peu près guéries).

Plus tard, chez l'adulte, les douleurs sont le fait non de l'instabilité, mais de l'arthrite sèche. Les butées donnent des résultats médiocres (9 cas sur 11). Les auteurs préfèrent les opérations d'énervation.

R. Guillet.

SOCIETE DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

27 Février 1944.
(Séance consacrée à la sulfamidothérapie.)

Résultats favorables de la sulfamidothérapie dans quelques maladies infantiles. — MM. P. Rohmer, R. Sacrez, J.-A. Rohmer et P. Bayer. 1° *Bronchites capillaires :* 8 cas. Dans les 24 heures après administration de sulfamides, amélioration considérable de l'état général. Guérison rapide en quelques jours.

2° *Pyélite :* Action rapide des sulfamides. Le pus et les colis disparaissent rapidement de l'urine. Le plus souvent la guérison est définitive, mais dans quelques cas le succès n'est que transitoire (rechute due à l'existence de malformation des voies urinaires; action passagère sur les colis qui peuvent devenir sulfamido-résistants).

3° *Pemphigus des nouveau-nés :* Action favorable. En général l'éclosion de nouvelles bulles est rapidement arrêtée et les bulles existantes dessèchent en quelques jours.

4° *Maladie de Ritter :* Dans un cas, il y a eu arrêt de la progression en quelques heures et guérison en quelques jours.

5° *Eczéma et dermite séborrhéique :* L'action du traitement est surtout nette sur la complication impétigineuse de l'eczéma et sur les dermites séborrhéiques.

Le traitement des bronchopneumonies de l'enfant par les sulfamides. — M. R. Sacrez. Etude portant sur 31 cas de bronchopneumonies traitées par les sulfamides et l'administration de tonicardiaques. Les observations sont classées en 3 groupes : 1° nourrissons de mauvais état général 15 cas — décès 7 — nombre de reprises de l'infection 6; 2° nourrissons de bon état général 13 cas — décès 1 — nombre de reprises de l'infection 2; 3° grands enfants (mauvais état de nutrition) nombre de cas 3 — décès 1.

La fréquence des reprises de l'infection met en évidence la nécessité dans certains cas de la prolongation du médicament tant que la température ne s'est pas maintenue à la normale pendant plusieurs jours.

Septicémie à staphylocoque doré. Ostéomyélite. Péricardite. Guérison par le traitement iodo-sulfamidé. — M. P. Beyer. Enfant de 18 mois admis pour ostéomyélite extrêmement grave de l'humérus gauche, traité dès le 3e jour de sa maladie par les sulfamides. Malgré cette thérapeutique l'état s'aggrave, septicémie, péricardite. On a recours au traitement iodo-sulfamidé (0,3 g. dagénan, 0,15 g. d'iode (lugol) par kilogramme et par jour). Guérison de la péricardite en 7 jours, amélioration rapide de l'état général. Prolongation du traitement pendant 23 jours (55,5 g. de dagénan, 9,5 g. thiazomide, 21 g. d'iode) puis, après une interruption de 114 jours, pendant 64 jours (183 g. de thiazomide, 6 g. de dagénan, 64,4 g. d'iode). Pas de troubles sérieux d'intolérance. Amélioration très nette de l'ostéomyélite sans intervention chirurgicale (autre qu'une petite incision locale).

Péritonite à streptocoques chez un nourrisson de 7 semaines traitée par les sulfamides. — M. J.-A. Rohmer. Admission de l'enfant au 4e jour de la maladie. La première période thérapeutique (20 g. de sulfamide en 26 jours) est insuffisante. Après une interruption de 4 jours 1/2 la médication est reprise et prolongée pendant 15 jours (19 g. de sulfamide). Guérison.

Notre expérience relative à l'application des sulfamides en médecine infantile. — M. J.-A. Rohmer. Les doses administrées ont été comprises entre 0,20 g. et 0,40 g. par kilogramme de poids. La tolérance a été parfaite malgré la longue durée de certaines périodes de traitement.

La sulfamidothérapie en pathologie pleuro-pulmonaire. — MM. Luton, Lefèvre et Riallan rapportent 5 nouvelles observations de pleurésies purulentes traitées par les sulfamides.

La sulfamidothérapie au cours des affections pulmonaires aiguës n'évite pas toujours les suppurations pleurales ou pulmonaires et celles-ci revêtent souvent une allure torpide et traînante. Elles aboutissent lentement et difficilement à la formation de collections drainables chirurgicalement. Cette modification ne constitue pas, selon les auteurs, un progrès, à ce point de vue.

C. Bernard-Griffiths et G. Petit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

10 Janvier 1944.

Rapport du Secrétaire général sur les travaux de l'année 1943.

Le bombardement de Toulon. Conséquences chirurgicales. — M. Pervès.

17 Janvier.

Corps étranger du péricarde. — M. Artaud.

Cancer du rectum propagé au vagin, exérèse par voie basse, conservation du sphincter. — M. Bourde.

Fracture ouverte de l'humérus. — M. Silhol.

Tétanos post-sérique. — M. Delom.

Tétanos post-sérique. — M. Gaujoux. M. Dor, rapporteur.

23 Janvier.

Sacro-coxalgie. Technique d'arthrodèse sacro-bisiliaque. — M. Bourde.

Deux nouveaux cas d'iléite terminale. — M. Figarella.

Tétanos après gastrectomie. — M. Lamy.

Enchevillement d'une fracture du col chirurgical de l'humérus. Résultat après 14 mois. — M. Clerc. M. Dejou, rapporteur.

31 Janvier.

Quelques résultats paradoxaux d'infiltration syncaïnique locale. — M. Granjon apporte 4 observations où une infiltration de syncaïne locale pratiquée dans un but antalgique fut suivie, après une courte sédation de quelques instants, d'une reprise extrêmement violente des douleurs. L'auteur ne propose aucune explication à ce phénomène rarement observé.

Syndrome d'oblitération rapide et complète de l'aorte terminale survenue chez un homme de 42 ans, au décours d'un épisode infectieux aigu, d'origine imprécise. Présentation de pièce. — M. Delom. Gangrène étendue à la presque totalité des membres inférieurs. Décès au 11e jour. Présentation de la portion distale de l'aorte, ainsi que des iliaques primitives obturées par un volumineux caillot.

Récidive d'un schwannome du quadriceps. — M. Giraud.

Tétanos post-sérique suivi de mort. — M. Letac. M. Dejou, rapporteur.

Kyste congénital du cou et adénite tuberculeuse. — M. Clerc. M. Bourde, rapporteur.

Avortement mortel avec ictère hémolytique. — MM. Loriot et Bourde.

J. Lamy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

22 Décembre 1943.

Trois cas d'encéphalite typhique. — MM. V. de Lavergne, J.-R. Heully, Mmes Herbeuval et Daeschler signalent 3 malades ayant présenté au début d'une fièvre typhoïde un syndrome méningé clinique intense sans réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et un syndrome encéphalitique à forme hébéphréno-catatonique et les autres à forme hypertonique et cérébelleuse. Les auteurs rapportent les signes méningés à l'encéphalite et pensent qu'il peut être possible, dans les cas limites où existent des signes méningés sans modification du liquide céphalo-rachidien et sans signe d'encéphalite, de parler d'encéphalite à forme méningée pure.

Syringomyélie et arthropathies multiples. — MM. Drouet, Herbeuval et Lochard rapportent l'observation d'un ancien syphilitique présentant des arthropathies mutilantes des membres inférieurs avec syndrome de dissociation thermo-analgésique de la sensibilité. Ils rejettent l'hypothèse d'un tabes pour admettre celle d'une forme lombo-sacrée de la syringomyélie.

Syphilis acquise chez un enfant de 1 an. — M. Watrin.

Cardiopathie traumatique. — MM. Michard, Herbeuval et Faivre.

L. Pierquin.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN

Mars 1944.

Réactivations focales par injections d'anatoxine chez des sujets vaccinés ou non, porteurs d'angines à bacilles de Löffler. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et A. Vedel ont soumis à la seule anatoxinothérapie 23 malades vaccinés et 6 non vaccinés atteints d'angines bénignes d'aspect banal ou à fausses membranes très localisées, mais à prélèvement bactériologique positif. Chez 4 vaccinés, après une évolution initiale rapidement favorable, une réactivation manifeste de l'angine a été observée, 30 à 48 heures après l'injection, avec fausses membranes extensives et gonflement ganglionnaire, et imposant la sérothérapie. Une réaction focale analogue, spontanément curable, a été notée chez un non vacciné. Les auteurs discutent de la réalité et du mécanisme d'une phase négative consécutive aux injections d'anatoxine.

Des effets thérapeutiques du pneumopéritoine dans la tuberculose pulmonaire. — Sur 25 cas, M. J. Vidal et Mme M. Faure ne relèvent que 2 résultats favorables concernant des malades traités en même temps par phrénicectomie. Chaque fois que le pneumopéritoine a été employé seul, l'effet thérapeutique a été nul.

Pneumothorax extra-pleural et grossesse. — MM. E. Mourgue-Molines, J. Vidal et Mme M. Faure. Cette intervention a été remarquablement supportée et s'est révélée rapidement efficace chez les 2 tuberculeuses traitées par cette méthode.

Xanthomatose cutanée et tendineuse avec syndrome osseux douloureux. — MM. G. Giraud, P. Mas, T. Desmonts, G. Poncet et P. Cazal. Femme de 38 ans présentant un xanthélasma palpébral bilatéral, des tumeurs xanthomateuses des tendons d'Achille, un souffle systolique aortique et des douleurs osseuses généralisées. Hypercholestérolémie à 3 g. 80. Syndrome polyendocrinien net : instabilité, émotivité, asthénie, frilosité, aménorrhée et chute précoce des dents.

Recherches sur la sédimentation globulaire et son interprétation. — MM. P. Cazal et A. Maleki. 1° *Précisions techniques : rôle de l'encombrement globulaire.* L'anticoagulant, la nature du verre et le diamètre du tube utilisé n'interviennent pas. Seule intervient la hauteur de la colonne sanguine du fait de l'encombrement globulaire, plus important dans les colonnes de faible hauteur et retardant la sédimentation. D'où la nécessité d'un tube très haut, avec lecture faite après 1 heure pour les sangs à sédimentation lente, après 1/4 d'heure pour ceux à sédimentation rapide, la vitesse étant exprimée en mm. de chute par heure.

2° *La sédimentation dans les anémies : rôle de l'agglomération des globules.* Dans les anémies la sédimentation se fait en 2 temps : la masse principale des globules se sédimente rapidement, mais quelques globules demeurent très longtemps en suspension dans le plasma. Ce phénomène ne s'observe pas en diluant le sang dans son propre plasma à des concentrations inférieures à 500.000 G. R. Il faut donc admettre que le principal facteur de la S. G. nécessite une concentration globulaire supérieure à ce chiffre; c'est l'agglomération des globules. Les agglomérats ainsi formés tombent plus vite, leur poids augmentant par rapport à leur surface.

Nouveaux résultats de dosage des sulfamides dans les tissus. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, P. Lazerges et G. Vallat.

Lymphosarcome avec polyglobulie 20 ans après la guérison par la radiothermie d'un lymphocytome de l'amygdale. — MM. G. Giraud, P. Lamarque, J.-M. Bert, P. Mas et T. Desmonts.

Influence favorable de l'hépatothérapie associée à l'opothérapie médullaire sur l'évolution d'une maladie de Biermer. — MM. R. Marot et T. Desmonts.

Les leucopénies avec polynucléose relative; syndrome alymphocytaire. — M. T. Desmonts.

Puberté précoce chez une fillette de 3 ans 1/2. — MM. G. Boudet, R. Bosc et D. Brunel.

A propos du diagnostic des cirrhoses bronzées : cirrhose mélanodermique sans sidérose. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant, H. Souchon et P. Cazal.

Névraxite à forme de sclérose en plaques. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel.

Avitaminose C à forme de dystrophie générale avec anémie, œdèmes, fièvre et diarrhée chez un prématuré débile. Réversibilité de tous les troubles et guérison rapide par vitaminothérapie. — MM. J. Chaptal et A. Biscaye.

Quatre cas d'encéphalite de la coqueluche. — M. J. Chaptal.

A. Puech.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 661.

Le pourquoi de deux hématémèses

par Louis Ramond,

Médecin de l'hôpital Laennec.

Le 25 Septembre 1943, un homme de 66 ans, bien portant en apparence, me remet la lettre suivante de son médecin : « Je vous adresse M. J... parce qu'il a présenté par deux fois, à quelques mois d'intervalle, un vomissement de sang accompagné d'état syncopal et suivi de selles noires pendant une huitaine de jours.

La première crise remonte au *15 Octobre 1942.* Elle s'est produite à 17 heures au cours d'un conseil d'administration. M. J... s'est effondré au moment où il allait prendre la parole et, pendant sa perte de connaissance, il a vomi du sang en abondance. Assez vite remis, il a pu regagner son domicile. Le vomissement sanglant ne s'est pas reproduit ; mais pendant huit jours les selles sont restées noires comme du goudron.

La seconde hématémèse est survenue le *9 Juillet 1943,* également en fin d'après-midi. Pris subitement d'un malaise devant la loge de son concierge en rentrant chez lui, mon client a demandé à s'asseoir un instant chez celui-ci. Il n'a pas tardé à perdre connaissance. Puis il a eu un vomissement, alimentaire d'abord et sanglant ensuite. Un peu plus tard, il a pu monter dans son appartement, soutenu par des aides. Il a rejeté encore quelques caillots de sang. Il est resté quelque temps en état syncopal. Il a eu du melæna les jours suivants.

L'examen somatique a été toujours négatif. L'abdomen en particulier a été constamment indolore et souple au palper. La pression artérielle maxima s'est toujours maintenue entre 12 et 14.

Un examen radiologique pratiqué au début de *Novembre 1942* n'a montré aucune image caractéristique de lésion pariétale de la région gastro-pyloro-duodénale. Après la deuxième hématémèse, en *Septembre 1943,* les rayons X n'en ont pas montré davantage.

Très anémié à la suite de son deuxième vomissement de sang, M. J... a absorbé de nombreuses ampoules d'hépatrol.

Fort embarrassé pour discerner la cause exacte de ces gastrorragies, je désirerais avoir votre avis sur ce point afin de pouvoir instituer un traitement préventif d'une nouvelle crise. »

Mon consultant est un homme grand et corpulent, bien qu'il ait, dit-il, maigri de 16 *kg.* depuis 1940. Il est vrai qu'il était auparavant très gros, surtout du ventre. Il n'a pas perdu de poids depuis un an. Entre ses crises il jouit d'ailleurs d'une santé parfaite, sauf en ce qui concerne des poussées légères de polyarthrite chronique. Il affirme ne présenter aucun trouble digestif dans l'intervalle de ses hématémèses et n'avoir jamais souffert de l'estomac. Cependant il avoue que, depuis de nombreuses années, d'une manière épisodique, il lui arrive d'éprouver des « crampes d'estomac », principalement à la fin de l'après-midi ou dans la nuit. Il calme ces crampes en avalant du bicarbonate de soude.

Doué d'un excellent appétit, il a toujours mangé vite et beaucoup. Il n'a jamais abusé des boissons alcoolisées.

A part ses poussées de rhumatisme chronique, apparues depuis un an, on ne trouve dans ses antécédents que deux lupus vulgaires, de la dimension chacun d'une pièce de 5 francs, apparus : l'un, il y a dix ans, à la face externe de la hanche droite ; l'autre, il y a cinq ans, à la face externe de la cuisse gauche. Ils ont été guéris tous deux par la galvanocautérisation.

Marié sur le tard, il n'a pas d'enfants.

Ses antécédents héréditaires sont excellents.

A l'examen, le ventre est encore assez proéminent par adiposité. Il se laisse bien palper, et je n'y trouve aucune masse pathologique. Il est partout indolore, sauf dans la région de la vésicule biliaire, au point cystique, où la manœuvre de Murphy provoque une exagération manifeste de la douleur. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas appréciable à la palpation ni même à la percussion. Les poumons sont normaux ; le cœur aussi. La tension artérielle est de 15×8 au Vaquez. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Pour le moment les manifestations rhumatismales se bornent à quelques arthralgies sans modification appréciable des articulations atteintes.

I. Dans ce cas le diagnostic d'hématémèses est indiscutable. Les efforts de vomissement, le rejet de débris alimentaires en même temps que de sang, le melæna consécutif permettent d'en affirmer l'existence. D'autre part, les lipothymies chaque fois concomitantes, la persistance prolongée des selles melæniques et l'anémie qui les a suivies attestent que ces hématémèses ont été la manifestation d'hémorragies gastriques de grande abondance. Aussi bien n'est-ce pas le *diagnostic positif* de ces gastrorragies qu'on me demande de discuter, mais d'établir leur diagnostic étiologique. Essayons donc d'y parvenir.

II. 1° Et tout d'abord il m'est facile d'éliminer ici certaines causes de gastrorragies dont l'origine serait évidente, par exemple : *a*) un *traumatisme gastrique* (plaie pénétrante ou contusion de l'abdomen ; ingestion de substances caustiques...) ; *b*) ou encore une *maladie hémorragipare* (forme hémorragique d'une maladie infectieuse ; purpura hémorragique...).

2° J'envisage donc l'hypothèse d'une *affection gastrique ulcéreuse* et surtout, comme c'est classique, l'ulcère simple ou le cancer de l'estomac.

a) L'âge du sujet plaide en faveur du *cancer de l'estomac,* de même que son amaigrissement. Mais cette perte de poids a commencé en 1940 avec les restrictions alimentaires et ne s'est pas accentuée depuis l'apparition des hématémèses. De plus, il n'y a pas d'anorexie, ni de douleurs épigastriques, ni d'anémie progressive, ni de cachexie, symptômes qui ne devraient pas manquer depuis un an que dure déjà la maladie.

b) Contre *l'ulcère simple gastrique* il y a : l'âge de mon client — bien que j'aie vu des ulcères simples gastriques ou duodénaux chez des gens âgés — l'absence complète de douleurs post-prandiales en série, de pyrosis et d'autres troubles digestifs dans l'intervalle des hématémèses.

D'ailleurs, les résultats négatifs des radiographies de l'estomac à deux reprises s'ajoutent aux signes cliniques pour me faire éliminer ces ulcérations stomacales.

c) Je ne m'arrête pas un instant à l'idée d'une syphilis gastrique, bien que la *syphilis tertiaire de l'estomac* puisse donner lieu à des hématémèses extrêmement abondantes, car cet homme dit n'avoir jamais contracté la syphilis et je ne lui en trouve aucun stigmate. Les seules cicatrices qu'il présente sont celles de ses lupus cruraux traités et guéris par électrocoagulation sans aucune médication interne.

d) Dois-je à cause de ces lupus mettre en cause la tuberculose ? Assurément non. La *tuberculose gastrique,* en général plus ou moins ulcéreuse, est, en effet, très rare ; elle ne se voit que chez des tuberculeux pulmonaires avérés et n'a pas d'habitude d'histoire clinique : c'est une découverte d'autopsie.

Ainsi donc, ce n'est pas une maladie ulcéreuse de l'estomac qui est responsable de ces gastrorragies. Cela ne m'étonne pas, l'ulcère et le cancer de l'estomac n'intervenant dans l'étiologie des hématémèses que dans un quart des cas. Je dois donc — comme on ne doit jamais manquer de le faire en pratique — chercher ailleurs que dans l'estomac la cause de ces saignements gastriques. Il me faut suspecter une *affection hépatique* ou *splénique,* une *dyspepsie d'origine vésiculaire* ou *appendiculaire,* ou encore un *syndrome vasculaire* ou *sanguin.*

3° Je n'ai aucune raison de mettre ces hématémèses sur le compte de l'*hypertension artérielle* et de l'*athérome* (qui donnent plutôt des hémorragies intestinales que des gastrorragies) puisque M. J... a des artères souples, une tension artérielle excellente et un cœur tout à fait normal.

4° Je puis écarter avec certitude le soupçon d'une *dyscrasie sanguine,* le sang de ce sujet ayant été examiné à plusieurs reprises et s'étant montré normal en dehors d'une anémie rouge post-hémorragique.

5° C'est donc vers l'hypothèse d'une origine splénique ou hépatique de ces hématémèses que je suis finalement entraîné.

Mais la rate n'est pas augmentée de volume, et je dois abandonner le diagnostic d'*hématémèses d'origine splénomégalique* auquel la répétition des hémorragies devait me faire penser.

6° *a*) A vrai dire c'est vers le foie que j'étais orienté depuis le début de cette consultation, l'abondance de ces gastrorragies, l'absence de troubles digestifs concomitants évidents et la loi de fréquence de l'origine hépatique des grandes hématémèses ayant évoqué dans mon esprit la possibilité d'une *cirrhose du foie.* En effet, un vomissement de sang ne survient pas seulement au cours d'hépatites scléreuses alcooliques avérées, mais il est aussi parfois le signe avertisseur de la maladie, encore à sa phase, préascitique, de début. Cependant il ne peut s'agir ici de cirrhose du foie, car mon consultant nie toute habitude éthylique, n'a aucun signe nerveux ou digestif d'imprégnation alcoolique et ne présente aucun symptôme d'hypertension portale ou d'insuffisance hépatique.

b) Le foie lui-même se montrant innocent, ne puis-je pas accuser la vésicule biliaire ? J'y suis engagé par la fréquence avec laquelle les *cholécystites — calculeuses* ou *non lithiasiques* — se montrent factrices d'hémorragies digestives : gastriques ou intestinales. Or, je trouve chez mon client de multiples raisons de penser que sa vésicule biliaire est malade. Il a toujours été un gros mangeur. C'est un ralenti de la nutrition avec tendance à l'obésité, principalement abdominale. Il a souffert de « crampes d'estomac », c'est-à-dire de spasmes pyloriques avec hyperchlorhydrie, dont les rapports avec les coliques hépatiques frustes sont bien connus. Il a un point douloureux vésiculaire extrêmement net.

Je conclus donc que ses gastrorragies sont d'origine vésiculaire, par cholécystite vraisemblablement lithiasique.

Je demande qu'un *examen radiographique* de la région vésiculaire soit pratiqué pour compléter l'enquête diagnostique.

Le pronostic me paraît favorable, réserve faite de la reproduction possible d'une nouvelle hématémèse. Si cette éventualité se produisait, et si l'atteinte de la vésicule biliaire se confirmait radiologiquement, il y aurait lieu d'envisager une *cholécystectomie.*

Un traitement médical régulièrement suivi doit mettre M. J... à l'abri de cette intervention chirurgicale.

Je le formule ainsi : 1° *régime des lithiasiques biliaires;* 2° cures alternées par décades : *a*) de *solution de Bourget* où le bicarbonate de soude est remplacé par le *benzoate de soude* et l'*uroformine* ; *b*) de *teinture de combretum et de belladone* ; *c*) de *vitamine C* et d'*eau du Breuil et du Broc.*

Epilogue.

L'examen radiologique a montré que la vésicule biliaire ne concentrait pas la tétraiodophénolphtaléine ; elle était donc exclue et pathologique ; mais elle ne contenait pas de calculs visibles.

Aujourd'hui, après dix mois de traitement ponctuellement suivi, aucun nouvel incident hémorragique ne s'est produit et le tube digestif de M. J... fonctionne normalement.

CHRONIQUES
VARIÉTÉS • INFORMATIONS

Les familles professionnelles et la lutte antituberculeuse

Le sanatorium professionnel

A l'heure où les familles professionnelles s'organisent et où leur action devient prépondérante dans la vie sociale du pays, il nous a semblé opportun d'examiner le rôle qui leur appartient dans la lutte antituberculeuse, d'une part en matière de prévention et d'autre part en matière de traitement.

Bien que la loi Léon Bourgeois ait stipulé le principe de l'unité de direction des organismes antituberculeux, il s'en faut que, malgré les efforts des pouvoirs publics et du Comité national de défense contre la Tuberculose, la coordination des activités ait été réalisée. Pendant la période de l'entre-deux guerres ont été créés, au hasard des bonnes volontés, des dispensaires privés ou semi-officiels, corporatifs ou mutualistes, ou bien dépendant de Comités locaux ou Croix-Rouge, qui fonctionnent concurremment avec les organismes officiels. Malgré les excellentes intentions dont sont animés leurs fondateurs, il faut reconnaître qu'ils ne possèdent ni la stabilité, ni la continuité, ni la limitation du champ d'action des organismes officiels d'hygiène sociale. De leur fonctionnement parfois incoordonné résulte une discontinuité dans les soins et les mesures préventives qui a les plus funestes conséquences médicales, sociales et financières. Pour que l'action antituberculeuse donne son meilleur rendement elle doit s'exercer avec le concours du médecin traitant et le malade doit être pris en charge par le dispensaire du secteur où il a son domicile. Cette prise en charge présentera même un caractère obligatoire lorsque — dans un proche avenir — le contrôle phtisiologique des assurés sociaux ressortira aux médecins de dispensaires. Le tuberculeux y est examiné par les mêmes médecins qu'il connaît et dont il est connu ; il est suivi, ainsi que ceux qui vivent à son foyer, par les mêmes assistantes sociales, qui sont au courant des conditions de vie de sa famille. Cette liaison, que la continuité des conseils donnés rend si féconde, présente d'autres avantages. Elle permet, grâce au dossier constamment tenu à jour, d'éviter les pertes de temps qu'entraîneraient de nouveaux examens ; en supprimant la prise de radiographies inutiles en raison de leur double emploi, elle a des répercussions financières qui ne sont point négligeables. Ce principe essentiel de l'attribution d'un secteur rigoureusement délimité à chacun des organismes antituberculeux a servi de base à l'élaboration de la charte antituberculeuse à laquelle ont récemment procédé les phtisiologues des dispensaires de la Seine et les médecins des Centres hospitaliers de phtisiologie de l'Assistance publique.

C'est pourquoi les familles professionnelles — en dehors de quelques cas particuliers — commettraient une erreur funeste en créant sur le plan professionnel des organismes antituberculeux en marge de ceux établis sur le plan national. Elles exerceront une action antituberculeuse bien plus efficace en organisant au mieux les services médicaux et sociaux du travail chargés d'assurer le dépistage précoce, par les examens d'embauche, les visites périodiques, les examens après congé de maladie et la surveillance des jeunes. Mais tout les cas suspects ou dépistés doivent obligatoirement être soumis au triage et à la prise en charge par les organismes du secteur.

A côté de ce rôle qui incombe à la profession, il en est un autre, dont l'importance n'est pas moindre : celui d'agir préventivement contre le développement de la maladie par des moyens indirects, en élevant le standard de vie de certains de ses membres. C'est à cette amélioration des conditions d'existence du travailleur que doit être attribuée, pour une grande part, la décroissance de la mortalité tuberculeuse dans tous les pays, notamment au Danemark et en Hollande, où cependant le pourcentage de guérisons n'est pas plus grand que chez nous. Mais dans ces deux pays les dépenses en faveur de l'hygiène et de l'assistance s'élèvent à près de 20 pour 100 du revenu national, tandis qu'en France elles ne sont que de 10 pour 100. De l'examen de plusieurs milliers de budgets de familles françaises il résulte que dans 1/3 des cas ce budget est inférieur au minimum vital, ce qui explique le pourcentage élevé de tuberculeux dans ces familles mal logées et mal nourries. Les efforts des familles professionnelles doivent tendre à remédier à cette situation en améliorant les conditions de vie des travailleurs et en développant leur éducation hygiénique.

Enfin si la création de dispensaires et de centres hospitaliers de traitement dépasse leurs attributions, quelques-unes d'entre elles pourraient utilement organiser, dans certaines conditions, des sanatoriums et des préventoriums exclusivement destinés à leurs membres et aux enfants de ces derniers.

*
* *

L'idée de la création de sanatoriums professionnels a déjà fait l'objet de plusieurs réalisations dans notre pays ; les principales concernent les étudiants, les ecclésiastiques, les instituteurs, les infirmières, les cheminots, les postiers, les métallurgistes, le personnel des industries électriques. Ces établissements ont été fondés par des groupements patronaux ou par des sociétés amicales ou mutualistes. Afin de nous permettre d'apprécier leur valeur ainsi que les particularités de leur fonctionnement, nous avons fait appel à l'expérience des phtisiologues qui les dirigent et nous sommes heureux de pouvoir adresser ici nos bien vifs remerciements à tous ceux qui ont répondu avec empressement aux nombreuses questions que nous leur avons posées[1].

Le médecin de sanatorium qui donne ses soins à des malades appartenant à la même profession est au courant de leurs conditions matérielles et morales d'existence. Il peut exercer sur eux une action d'autant plus efficace qu'il connaît leurs réactions vis-à-vis de la maladie. Il existe en outre dans certaines professions un type physique dominant en rapport avec le recrutement du personnel, le mode de vie, la nature du travail, les maladies professionnelles ; ces facteurs peuvent exercer une influence sur l'évolution des lésions. Les indications thérapeutiques sont sujettes à une certaine variation suivant qu'il s'agit d'un intellectuel ou d'un ouvrier se livrant à des travaux de force. La guérison clinique présente elle aussi des variantes suivant les professions : elle devra être soumise à une épreuve du temps plus prolongée chez un instituteur, dont le travail professionnel nécessite des efforts vocaux et qui est en contact quotidien avec des enfants non allergiques. Si la clientèle du sanatorium provient des mêmes entreprises, le tuberculeux à sa sortie n'est pas abandonné à lui-même et est l'objet d'une surveillance plus étroite dans son milieu familial et au cours de son activité professionnelle par les médecins et les assistantes sociales. Cette liaison, qui rend la cure sanatoriale plus efficace, s'exerce à toutes les étapes que franchit le tuberculeux, au dépistage, au triage, pendant le traitement et après la guérison.

Les familles professionnelles qui possèdent un établissement de cure peuvent exercer sur leurs membres devenus tuberculeux une certaine pression afin qu'ils ne se soustraient point à une cure rationnelle. Elles seraient, à coup sûr, mieux écoutées que l'Etat et ainsi les fonctionnaires tuberculeux mettraient-ils à profit les avantages considérables dont ils bénéficient et se soigneraient-ils utilement, alors que certains d'entre eux n'observent ni les prescriptions hygiéno-diététiques, ni les mesures de prophylaxie et continuent à séjourner au milieu des membres de leur famille, qu'ils contaminent sous une surveillance médicale insuffisante.

Le sanatorium professionnel peut en outre parer à l'un des principaux griefs formulés à l'égard de notre organisation antituberculeuse : la lenteur des placements. Le contact direct des entreprises et du sanatorium contribue à rendre les admissions plus rapides en facilitant l'accomplissement des formalités de la prise en charge.

A ces avantages d'ordre médical s'en ajoutent d'autres, d'ordre prophylactique. Guinard a insisté avec raison sur le rôle éducateur du sanatorium, qui doit être une véritable école d'hygiène, notion trop rarement mise en pratique aujourd'hui. Cette action éducative s'exerce plus aisément chez des malades appartenant au même milieu ; ils peuvent plus facilement être initiés aux précautions simples et efficaces qu'ils doivent observer. Lorsqu'on s'adresse à eux au cours de causeries familières sur les règles de la propreté, les dangers de l'expectoration, l'hygiène de l'habillement, de l'alimentation et du foyer, il est plus aisé d'obtenir leur audience.

Du point de vue psychologique le choc moral déterminé chez l'entrant par la séparation d'avec les siens est moins brutal quand il se retrouve dans son ambiance habituelle. Il y rencontre des camarades et se crée plus aisément des amitiés nouvelles. Il a l'occasion de s'entretenir avec eux de sujets qui l'intéressent et ces entretiens ont parfois d'heureuses conséquences pour son avenir. Il participe à des jeux et à des distractions qui ont été organisés en tenant compte de ses habitudes et il trouve à la bibliothèque un choix de livres en rapport avec son niveau culturel. Il supporte mieux la longueur et la monotonie de la cure, plus pénible pour le travailleur manuel que pour l'intellectuel parce qu'il ne dispose pas d'autant de ressources contre l'ennui. Plus tard, après sa guérison, quand il aura repris sa vie professionnelle, il deviendra un excellent agent de propagande auprès de ses camarades en faveur de la cure sanatoriale.

Les avantages sociaux que présente le sanatorium professionnel ont une valeur encore plus considérable. On sait les difficultés qu'éprouvent les tuberculeux guéris pour être admis à reprendre leur emploi ; elles s'accroissent lorsqu'il s'agit d'anciens malades dont l'état nécessite certains ménagements et deviennent presque insurmontables pour le tuberculeux chronique, non évolutif, pour lequel le traitement est beaucoup plus un problème d'adaptation du genre de vie aux possibilités physiques qu'une question d'hospitalisation prolongée (Dumarest et Lefèvre). Dans ces divers cas, le placement ou la mutation d'emploi devient d'autant plus aisé que la liaison avec les cadres professionnels est demeurée directe et constante. Pour certains métiers le problème de la réadaptation au travail peut être résolu au sanatorium même si des ateliers y sont organisés par la profession, formule qui ne peut s'appliquer aux établissements recevant le personnel des professions les plus diverses. Des cours de perfectionnement peuvent être donnés par les membres du personnel des cadres. Le sanatorium contribue ainsi à exercer une double action bienfaisante chez ceux qui y séjournent en rétablissant leur santé physique et en augmentant leur valeur professionnelle.

1. Douady (Saint-Hilaire), Foix (Saint-Hilaire), Guillermin (Ris-Orangis), Lefèvre (Briançon), Lucien (Briançon), Marmet (Sainte-Feyre), Méry (Séricourt), Stiassnie (Clermont-Ferrand).

***

L'organisation et le fonctionnement du sanatorium professionnel sont soumis aux règles habituelles et présentent en outre certaines particularités. Il importe que l'établissement ne soit point isolé, mais situé dans une station où se trouvent d'autres sanatoriums, soit, mieux encore, à proximité d'une grande ville possédant un centre hospitalier de phtisiologie. Les malades peuvent ainsi bénéficier dans les meilleures conditions des soins de spécialistes et des traitements chirurgicaux; ce voisinage rend le ravitaillement plus aisé et moins onéreux et contribue à la stabilité du personnel médical, administratif et infirmier. Du point de vue climatique la notion du micro-climat doit être prédominante ; l'Ile-de-France, avec la constance remarquable de ses facteurs météorologiques, ses variations thermiques minimes, ses basses moyennes pluviométriques et son régime des vents tempérés, constitue une région d'élection. L'expérience a démontré la nécessité de la prépondérance du médecin — qui doit être à la fois directeur et médecin-chef — sur l'administrateur, qui a la fonction de gestionnaire; si cette unité de direction n'existe pas, la dualité de pouvoirs expose soit à la discorde, soit à la subordination du médecin, situation néfaste dans l'un et l'autre cas.

Le régime alimentaire et la discipline des cures doivent être les mêmes pour le personnel subalterne et pour celui des cadres ; cependant ceux-ci doivent bénéficier d'une chambre individuelle et d'un réfectoire qui leur est réservé. Le fonctionnement de l'établissement est contrôlé par un Conseil d'administration composé de membres de la Commission tripartite des questions médico-sociales que chaque profession doit constituer ; les personnalités qui en font partie doivent avoir une compétence administrative et une autorité toutes spéciales, qualités que ne possèdent pas toujours dans les sanatoriums professionnels actuels les délégués des sociétés amicales ou mutualistes. L'établissement doit être considéré comme une entreprise dont la famille professionnelle a la gestion.

Il y a le plus grand intérêt à ce que le sanatorium professionnel soit créé, en application de la loi Honnorat, suivant le type du sanatorium privé assimilé à un établissement public ; il bénéficie ainsi pour sa création, son aménagement ou sa réfection d'une subvention de l'Etat qui peut atteindre jusqu'à 40 pour cent des dépenses. Les autres concours financiers sont d'autant plus aisés à trouver que c'est en faveur des membres de la famille professionnelle qu'ils sont sollicités. Au surplus, en cas de ressources insuffisantes, un emprunt payable par annuités peut être contracté.

Toutes les familles professionnelles ne doivent pas posséder leur sanatorium. Cette création ne peut être envisagée que pour quelques-unes d'entre elles qui réalisent des conditions particulières. Tout d'abord le groupement professionnel doit être numériquement important ; on doit prévoir en moyenne 3 lits de sanatorium par chaque millier de travailleurs ; ce chiffre est d'ailleurs variable suivant les collectivités : d'après notre enquête, il apparaît trop faible pour les cheminots et trop élevé pour le personnel des industries électriques. En outre le groupement ne doit point être réparti sur tout le territoire, mais réuni dans certaines régions, afin que le placement puisse être régional ; nous citerons comme type de ces collectivités les groupements de mineurs, avec leurs trois centres géographiques du Nord, du Plateau central et du Sud-Ouest, en opposition avec les groupements du commerce et de l'alimentation, essentiellement hétérogènes et répartis dans tout le pays. Enfin, les familles professionnelles qui ont intérêt à posséder leur sanatorium sont celles qui utilisent un pourcentage élevé de spécialistes ou de main-d'œuvre qualifiée, comme celles de la transformation des métaux, les industries du livre, professions dans lesquelles se pose au maximum la question de la réadaptation du tuberculeux guéri. Ce problème a beaucoup moins d'importance pour les entreprises qui emploient une forte proportion de manœuvres, qui peuvent indifféremment être affectés à un poste dans diverses branches de l'industrie.

L'expérience des sanatoriums professionnels déjà créés a démontré leur utilité, bien que leur fonctionnement ne soit pas recommandable dans tous les cas ; ils présentent des avantages d'autant plus considérables qu'ils appartiennent à des professions géographiquement très concentrées et à main-d'œuvre hautement qualifiée et qu'ils fonctionnent sur le plan régional. Le développement de cette catégorie d'établissements pourra pallier l'insuffisance actuelle de nos lits de sanatoriums. Ainsi sera appliqué en matière de lutte antituberculeuse ce principe d'ordre général que ce qui importe à l'heure présente, c'est moins d'innover que de rénover.

J. Troisier et G. Poix.

Charles Girode

De Charles Girode je n'ai que de beaux et de nobles souvenirs. C'est à eux que je veux faire appel en essayant d'ébaucher, en un bref raccourci, la silhouette de notre ami pour faire vivre sa mémoire dans le cœur de ceux qui l'ont incomplètement connu.

Nos premiers contacts datent de ma quatrième année d'internat chez le Prof. Pierre Delbet. De haute stature, les cheveux et les yeux clairs, le teint légèrement coloré, la longue moustache tombante, Girode m'apparut, à cette époque déjà lointaine, comme l'image parfaite du Gaulois suivant les vieux livres. Du Gaulois il avait aussi les qualités morales que les Romains reconnaissaient à nos aïeux. Il avait cette même loyauté, cette même bonté candide, ce désintéressement intégral, cette âme que n'effleurait nulle jalousie, tous ces traits d'un caractère généreux dont nous nous plaisons à nous enorgueillir quand nous nous rappelons nos ancêtres.

Dans l'ordre intellectuel, il appartenait à la classe des esprits clairs ; il avait un solide bon sens et un remarquable équilibre, que venait encore rehausser une très large érudition. Telle est, d'ailleurs, l'impression qui se dégage des principaux travaux scientifiques qu'il a laissés, en collaboration avec le Prof. Delbet : *l'Endoprothèse en caoutchouc, le Traitement des pleurésies purulentes, les Injections thérapeutiques de cultures vieillies* ; avec ses collègues et amis Leveuf, Mornard, Raoul Monod, un travail sur *le Traitement des fractures du col du fémur par la méthode de Pierre Delbet*, et, enfin, un ouvrage qui a connu un grand succès didactique : *le Traitement des fractures et des luxations des membres*.

Dans l'exercice de la chirurgie il recherchait la correction absolue de l'acte opératoire ; il s'appliquait avant tout à la simplicité, à la sobriété des gestes pour réaliser rapidement l'opération nécessaire ; jamais il ne visait à l'effet, il n'avait qu'un seul souci, une seule préoccupation, faire exactement et simplement ce qu'il avait à faire, tout ce qu'il avait à faire. C'est ainsi qu'il apprenait à ses élèves à réaliser l'hystérectomie totale, comme son maître Pierre Delbet, en saisissant dans une seule pince de Kocher bien placée la crosse de l'utérus et ses branches.

Pour donner à mes impressions le poids et l'accent de la réalité, je m'efforcerai de fixer trois époques de la vie de Girode :

Girode, candidat aux hôpitaux ;

Girode, éducateur des jeunes ;

Girode, président de l'Association des Chirurgiens des hôpitaux.

Girode avait constitué avec Leveuf et moi-même une équipe à trois pour la préparation du bureau central. Il était notre Maître, à la fois intransigeant dans ses critiques et généreux jusqu'au don total de ce qu'il savait, toujours obligeant, sans même espérer en retour de semblables services. De cette libéralité, il me donna une preuve, dont le souvenir m'est resté toujours vivant. Dans un concours, où nos chances s'équilibraient, nous arrivâmes côte à côte à la médecine opératoire. Un accident, si fréquent au cours de cette épreuve hasardeuse, nous départagea. Les circonstances firent que je restai seul en ligne. Et le lendemain de ce malheur Girode m'offrit, sans amertume, de m'entraîner pour l'épreuve orale. Ce geste d'un concurrent était magnanime. C'était plus, c'était la réaction d'une amitié sans réserves, réaction spontanée, qui semblait chez lui faire partie des mouvements ordinaires de la vie.

Peu après, forçant par son instruction, son sens clinique, son talent chirurgical, ses hautes vertus l'estime de ses juges, il devint chirurgien des hôpitaux.

Sa réputation de clinicien était faite. On sut de tous côtés qu'ayant appris auprès de son maître Pierre Delbet la technique de l'examen des malades il aimait à exposer pour les jeunes les formes si variées qu'il convient de donner à la discussion d'un diagnostic et d'un traitement dans chaque cas particulier. L'enseignement de Girode fut recherché des candidats aux concours. Il forma ainsi une véritable école, où venaient s'instruire des concurrents de tendances les plus diverses. A nous, ses amis, il apprenait déjà les règles d'une investigation bien menée. A nos successeurs, il donna le fruit de son expérience. Combien de jeunes chirurgiens des mieux doués doivent le succès de leurs habiles improvisations aux principes solides et sûrs qu'ils tenaient de Girode ! Il appartenait à l'un de ses amis de la première heure de l'affirmer ici.

Le trouble qui régnait dans les esprits après la défaite devait faire apparaître Girode sous un aspect nouveau, auquel l'avaient préparé ses qualités natives, sa grande indépendance, sa parfaite honnêteté, et aussi la confiance et l'estime de tous ses collègues. Il devint Président de l'Association corporative des chirurgiens des hôpitaux. Il fut en quelque sorte plébiscité. Dans un élan de sa nature loyale il espéra, il voulut les réformes auxquelles on pensait, un peu mollement, de tous côtés. Il m'entretint en plus d'une occasion du rôle du professeur de Faculté tel qu'il l'entrevoyait, et sa conviction, basée sur des arguments réfléchis, devint la mienne. Il contribua grandement à élargir le champ d'action du chirurgien des hôpitaux pour le libérer de certaines servitudes et rehausser son prestige. Il donna à sa mission son temps, son autorité, sa culture, sans compter. La maladie nous priva trop tôt de ses services. Si tous les buts ne sont pas atteints, si des flottements d'opinion, bien naturels, se produisent encore, l'élan est néanmoins donné. Et c'est à lui que nous le devons.

La fin de Girode fut celle d'un homme de devoir et d'un sage. Nous nous étions retrouvés juges à un concours des hôpitaux. Malgré son extrême fatigue, il voulut tenir jusqu'au bout, prenant la parole de sa voix forte et un peu tranchante pour discuter les dires des candidats et aussi les opinions de ses collègues quand elles ne lui paraissaient pas conformes à la réalité. C'est dans ces conditions qu'une nouvelle et plus cruelle aggravation de son mal l'arrêta brusquement à la porte d'un hôpital. Je le vois encore, sur un lit de fortune, signant sa lettre de démission, nous interdisant d'un geste fort et élevé toute tentative de consolation, et, ensuite, simplement, rentrant chez lui pour y finir ses jours quelques mois plus tard dans la sérénité que donne l'accomplissement du devoir sans défaillance. Magnifique exemple d'un homme et d'un chirurgien !

Je salue ici la mémoire d'un ami de jeunesse, d'un ami très cher. Je conserve pieusement le souvenir du bien qu'il m'a fait, de sa fidélité, de son affection sans ombre, et j'offre à sa famille l'hommage respectueux des regrets attristés de tous ses collègues, de tous ses amis.

Pierre Brocq.

CINQUANTENAIRE DE LA MORT DE

François-Clément Maillot

(1804-1894)

François-Clément Maillot est né à Briey (Moselle), le 13 Février 1804, d'une famille où la profession médicale s'était transmise sur plusieurs générations. Il fit ses études au lycée de Metz, fut « chirurgien-élève » à l'hôpital militaire d'instruction de Metz (1823), et entra au Val-de-Grâce en 1825. En 1831 il fait un court séjour à Ajaccio; puis il est désigné pour l'hôpital d'Alger (1832) et enfin pour l'hôpital de Bône (1834). Cette désignation pour l'Algérie, au début de l'occupation française, devait consacrer son nom. En Mai 1835 il donne sa mémorable Communication à l'Académie de Médecine. En 1836 paraît son *Traité des Fièvres intermittentes*. A partir de 1837, il enseigne à Metz, à Lille, au Val-de-Grâce. Il participe à la campagne d'Italie (1856). Il prend sa retraite en 1868. Il mourut le 24 Juillet 1894, âgé de 90 ans révolus.

Quand Maillot arriva à Bône en Février 1834, les troupes d'occupation subissaient depuis deux ans des épidémies meurtrières. Il nous est facile d'établir rétrospectivement qu'il s'agissait de paludisme, de fièvre typhoïde et de dysenterie, toutes maladies qui figuraient alors sous les dénominations de « fièvres intermittentes », de « gastro-entérites », de « côlites ».

Dans sa Communication à l'Académie de Médecine du 30 Mai 1835, Maillot précise ses idées sur cet ensemble confus de maladies. Se basant sur la similitude des climats, il rapproche les fièvres de Bône de celles d'Alger et même d'Ajaccio, *en particulier dans leurs formes « pernicieuses »*. *Il différencie parmi les fièvres continues celles qui ont commencé*

par être intermittentes et il les traite par le sulfate de quinine à haute dose. Il divise les fièvres palustres en « intermittentes », « rémittentes » et « pseudo-continues ». Il reconnaît aux fièvres pernicieuses les formes « comateuse », « délirante » et « algide ». Il proportionne enfin la dose de quinine à la gravité de la maladie.

Toute l'œuvre de Maillot est dans cette étude clinique et thérapeutique. Sa doctrine souleva de vives attaques, de Broussais entre autres. Son œuvre fut même tenue pour une « légende ». Maillot se défendit. Le Congrès scientifique d'Alger, en 1881, fut une reconnaissance enthousiaste de son œuvre réelle. « C'est par Maillot que l'Algérie a pu devenir terre française; c'est lui qui a fermé et scellé pour jamais le *Tombeau des Chrétiens.* » Le nom de Maillot entra désormais dans la gloire. Sa longévité lui a permis d'être témoin de la découverte de l'hématozoaire de Laveran et d'y applaudir dans les termes les plus élogieux. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 Juin 1884.)

Quelle fut, en définitive, l'œuvre de Maillot ?

Il nous est possible aujourd'hui d'attribuer à Maillot la part exacte qui lui revient dans la différenciation du paludisme. On peut dire, en effet, que Maillot, en affirmant la réalité du paludisme dans sa forme « continue » ou « pseudo-continue », établissait le premier, bien avant les travaux ultérieurs, l'existence de ce que nous appelons « paludisme tropical » et les Italiens « fièvre estivo-automnale »; de cette forme tenue pour responsable des accès pernicieux et de la cachexie palustre; de cette forme qui revient étiologiquement au *Plasmodium vivax*. Toutes les caractéristiques cliniques de ce paludisme tropical se retrouvent dans les écrits de Maillot.

Avait-il raison de l'attaquer systématiquement par des doses élevées de quinine ? Certes. Nous ne procédons pas autrement aujourd'hui.

Il faut donc bien admettre que la double innovation, clinique et thérapeutique, de Maillot était des plus heureuses et que sa véritable prescience est admirable. Loin d'être une légende, son œuvre est d'une parfaite objectivité. Dans l'histoire du paludisme, elle constitue un échelon fondamental, préparatoire à la découverte de Laveran.

J. RIEUX,
ancien professeur au Val-de-Grâce.

Société française d'Histoire de la Médecine

6 Mai 1944.

A propos du procès-verbal M. Laignel-Lavastine communique une lettre du Dr RAOUL BLONDEL relative au *second mariage de Bretonneau* qui, d'après une tante d'Albert Robin, habitant Saint-Flovier, près Tours, aurait épousé, après son veuvage, sa fille naturelle.

M. HAHN communique *quelques recettes recueillies par Simon Teste, correcteur à la Chambre des Comptes* (1481-1557). C'est d'après les marginalia d'un livre d'heures étudié par Mlle Lehoux à la Bibliothèque Nationale.

Ce travail n'a pas que l'intérêt du pittoresque des formules, mais il mériterait une étude en profondeur des lois historiques de la formation des remèdes populaires basée avant tout sur la loi d'analogie.

LAIGNEL-LAVASTINE.

Livre Nouveau

Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie, par RICHAUD et HAZARD. 8e édition refondue par R. Hazard. 1 vol. de 1.357 pages, avec 48 figures (Collection de Précis médicaux) [*Masson et Cie*, éditeurs], 1943. — Prix : broché, 290 fr.; cartonné, 340 fr.

Cette 8e édition du classique *Précis de thérapeutique* est surtout caractérisée par les nombreuses additions que nécessitent les produits de synthèse dont s'augmente chaque jour la pharmacopée. D'importants chapitres sont ainsi consacrés aux sulfamides, aux sympatholytiques. D'autres font le point de l'état actuel du rôle thérapeutique des hormones et des vitamines. Enfin toute la première partie de l'ouvrage, consacrée à la pharmacologie générale, a été entièrement refondue.

Ce précis englobe une quantité énorme de connaissances puisqu'il traite à la fois des problèmes thérapeutiques généraux, de l'étude systématique de toutes les substances médicamenteuses et de celles des formes pharmaceutiques. Mais sa classification très judicieuse, l'enchaînement logique de ses chapitres, la clarté parfaite de son exposition en rendent la lecture extrêmement facile et permettent tout aussi bien d'y suivre l'exposition d'un problème thérapeutique d'ensemble que d'y trouver de suite un renseignement portant sur le détail d'un régime ou d'une médication. Il a enfin l'intérêt de mettre parfaitement au point l'état actuel de certaines thérapeutiques, en voie de transformation constante depuis des années. « Ce livre, disent Richaud et Hazard, vise avant tout à être utile. » Il a admirablement rempli son but.

A. RAVINA.

INFORMATIONS

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur

Le Prof. PORTES, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, au cours d'une récente conférence, a informé la presse spécialisée des travaux du Conseil national.

Après avoir fait part des difficultés actuelles dues notamment à l'impossibilité de déplacement de la plupart des conseillers provinciaux, le Prof. PORTES examina d'abord l'état des principales questions après une année complète d'activité.

1° *Le Code de déontologie* a été soumis au Conseil d'Etat qui en a actuellement terminé l'examen. Ce code, pour paraître au *Journal Officiel*, n'attend plus que la signature du chef du gouvernement. Le texte porte la reconnaissance, pour la première fois, du principe corporatif, la charte médicale étant reconnue officiellement. Toutefois des réserves ont été faites pour son application dans le domaine médico-social.

Par ailleurs, l'étude du Code de déontologie pour les sages-femmes et les dentistes est terminé et le Conseil d'Etat en sera bientôt saisi.

2° *La nomenclature*, acceptée et signée par le ministre, va revenir incessamment du ministère de la Santé. Des dispositions ont déjà été prises pour la faire publier aussi rapidement que le permettent les circonstances actuelles.

3° *Le projet de retraite* doit incessamment revenir de la Santé. Ainsi est créée la Caisse autonome, qui sera mise en application dès la signature des autorités occupantes.

Ensuite, le Prof. PORTES examina un certain nombre d'autres questions.

a) *Qualification du spécialiste.* — Cette qualification est en cours. Elle a commencé par les spécialités dites qualifiées : chirurgie, O.-R.-L., électro-radiologie... Des mesures seront prises, en accord avec les Facultés de médecine et les différentes associations de spécialistes pour mettre sur pied la reconnaissance des spécialistes exerçant actuellement, et en accord avec le ministre de l'Education nationale pour assurer l'enseignement de ces spécialités.

b) *Médecins sinistrés.* — Le nombre des médecins sinistrés totaux augmente sans cesse. Le Conseil national, considérant que le secours départemental peut souvent être insuffisant, a décidé la création d'une Caisse de compensation nationale qui viendra compléter le secours donné en premier lieu et d'urgence par le Conseil départemental.

Cette Caisse est alimentée par des dons des départements. En plus, un versement individuel de 200 fr. vient d'être demandé à tous les médecins.

Le Conseil national a estimé que devant les détresses accumulées et l'urgence, il fallait faire vite. Son geste a été parfaitement compris dans toute la France.

c) *Mutualité.* — Les pourparlers avec la Mutualité sont momentanément interrompus du fait de l'impossibilité pour la plupart des provinciaux spécialisés dans ces questions de venir à Paris.

d) Le Conseil national a par ailleurs entériné certaines *décisions d'ordre intérieur* prises par le Conseil restreint.

e) *Transports.* — Devant la difficulté croissante des transports, et en cas d'arrêt de toute répartition de l'essence, le Prof. PORTES a obtenu du ministre de la Santé l'autorisation de réquisition par les directeurs régionaux de voitures qui seront affectées au service des médecins.

Comité de Coordination

Région parisienne

EXTRAITS DE LA CIRCULAIRE N° 29 DU 20 JUILLET 1944.

Compte rendu succinct de la réunion du 2 Juillet 1944 du Comité de coordination des Conseils de l'Ordre de la région parisienne. — Le Comité de coordination espère que la grande majorité des médecins, chirurgiens et spécialistes, s'efforcera de faciliter la tâche des Conseils de l'Ordre en appliquant la convention Ordre des médecins-Union des Caisses dans son esprit et en ne demandant en général aux assurés sociaux de situation modeste que les honoraires minima fixés par l'Ordre.

Par contre, un grand nombre de Sociétés de Secours mutuels, pourtant composées en majorité d'assurés sociaux, n'acceptent pas encore la collaboration avec le Corps médical sur les mêmes bases que les Caisses d'Assurances sociales et se montrent réticentes à l'endroit des principes de la Charte médicale.

Parmi les nombreuses autres questions traitées en séance, citons le compte rendu des réunions de la Commission consultative régionale hospitalière pour la fixation des honoraires pour les malades payants soignés dans les hôpitaux de la région parisienne; le fonctionnement parfois défectueux de la médecine du travail ainsi que les projets de certains Comités sociaux d'entreprise et de familles professionnelles.

Avis. — Dans sa séance du 2 Juillet 1944, le Comité de coordination a décidé de rappeler aux médecins de la région parisienne que l'indication du quantum des honoraires sur les feuilles de maladie des assurés sociaux n'est pas obligatoire et qu'elle ne l'est pas davantage sur les feuilles de maladie que présentent ces mêmes assurés lorsqu'ils sont devenus par surcroît adhérents d'une société de secours mutuels.

En cas de difficultés, les médecins sont priés d'en informer le Conseil de leur Collège départemental.

Institution d'un régime d'Assurance maladie-maternité pour le personnel de la préfecture de la Seine. — Tous les agents de la préfecture de la Seine et de ses administrations annexes, y compris l'Office public d'hygiène sociale, qui reçoivent un traitement annuel ne dépassant pas 48.000 fr. sont, depuis le 1er Juillet 1944, atteints par les nouvelles dispositions. La préfecture de la Seine estime à 48.000 environ le nombre de ces agents. Avec les ayants-droit (femmes et enfants) le nouveau régime de coordination paraît donc devoir intéresser au moins 100.000 personnes, domiciliées pour la plupart dans les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise.

Le nouveau régime de coordination s'applique exclusivement aux risques maladie et maternité, les risques vieillesse, invalidité et décès restant couverts par le statut ancien.

Les agents auront le choix entre l'adhésion à une Caisse primaire d'A. S. ou à une Société mutuelle nouvellement créée (4 et 6, rue François-Miron). La note préfectorale engage vivement le personnel à adhérer de préférence à la mutuelle où le taux des cotisations est fixé à 1 fr. 50 pour 100, alors qu'il l'est à 1 fr. 75 pour 100 pour les adhérents à une Caisse d'Assurances sociales. L'administration verse une contribution égale à ces cotisations. Pour le risque maladie-maternité, il est donc prévu un financement de 3 fr. 50 pour 100 des traitements (chiffre très élevé si on tient compte du fait que les Caisses d'A. S. n'auront pas à verser de demi-salaire), tandis qu'il n'est que de 3 pour 100 des traitements lorsqu'il s'agit d'agents mutualistes.

Les prestations commenceront à être servies le 1er Octobre 1944 et seront les mêmes dans les deux cas.

Enfin, le préfet de la Seine envisage « la création d'une troisième Société de secours et de prévoyance destinée à distribuer à ses adhérents, qui comprendront aussi bien les agents auxiliaires assurés sociaux que les membres des mutuelles, des avantages supplémentaires. Outre des prestations complémentaires pour les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi qu'en cas d'accouchement, la Société ainsi créée, pourrait par l'adhésion à une Société mutuelle chirurgicale assurer à ses membres, sous certaines conditions, le remboursement complet des frais d'intervention chirurgicale ».

L'activité médicale des Comités sociaux. — « Le Comité social national de la famille des industries chimiques a formé le projet d'instituer une clinique pour les brûlés. »

Répartition des dépenses des Caisses d'Assurances sociales. — (D'après *l'Actualité sociale* de Juin 1944) :

« Les difficultés financières que rencontrent les Caisses d'Assurance maladie-maternité depuis quelques mois ont attiré à nouveau l'attention sur l'intérêt d'une analyse précise des divers postes de dépenses de ces caisses.

« Le tableau ci-après traduit les résultats d'un groupe important de Caisses pendant le trimestre Octobre-Novembre-Décembre 1943. Les dépenses totales se répartissaient comme suit :

Indemités journalières	45	pour 100
Médecine	13,5	—
Chirurgie	4	—
Hospitalisation	23,50	—
Pharmacie	14	—
	100	pour 100

« Les deux postes de dépenses les plus importants sont les indemnités journalières et l'hospitalisation puisqu'il représentent à eux seuls plus des 2/3 des dépenses : (45+23,5 pour 100 soit 68,5 pour 100).

« Les maladies entraînant une incapacité de travail ou une période de soins *de moins d'un mois* représentent elles aussi les 2/3 des dépenses : (65,20 pour 100).

« Les 8/10 des dépenses de chirurgie et les 2/3 des dépenses d'hospitalisation ont trait à des maladies entraînant une indisponibilité de moins d'un mois. C'est donc pour des indisponibilités de courte durée que les assurés recourent le plus aux prestations des Caisses. »

Il est permis de se demander pourquoi les Caisses d'A. S. mettent tant d'hésitation à adapter leurs tarifs de responsabilité aux honoraires corporatifs minima pour la médecine et pour la chirurgie, c'est-à-dire pour les postes les moins coûteux de l'Assurance maladie (13,5 pour 100 et 4 pour 100).

Assurances sociales pour les gens de maison. — Les cotisations ouvrières et patronales, dues mensuellement dans les villes de plus de 80.000 habitants et le département de la Seine, sont les suivants pour l'assuré comme pour l'employeur : hommes, 56 fr., femmes, 32 fr.

Pour les autres communes, ces cotisations sont de 40 fr. pour les hommes et de 24 fr. pour les femmes, tant pour l'assuré que pour l'employeur.

Rentrent dans la catégorie des gens de maison les domestiques qui sont employés à la fois pour les besoins de la profession et pour le foyer familial; les infirmières ou tout autre personne employée exclusivement pour les besoins de la profession doivent être considérés comme des assurés sociaux ordinaires.

Conseil du Collège départemental de Seine-et-Marne

Certains organismes et certains médecins sont sollicités par la S. N. C. F. de signer des conventions visant à examiner les femmes enceintes (visites pré- ou post-natales); certains médecins sont également sollicités par l'administration des P. T. T. de signer des contrats prévoyant les soins gratuits à certaines catégorise du personnel.

Le Conseil prie de ne pas signer de tels accords ou contrats sans en référer au Conseil départemental qui, à son tour, se mettra en rapport avec le Conseil national.

Pour le secrétaire général
le secrétaire administratif : P. COQUIN.

LOI N° 346 DU 27 JUIN 1944
MODIFIANT LES CONDITIONS DE

Recrutement des professeurs titulaires des Facultés de Médecine

Art. 1er. — Sont abrogés, en tant qu'ils s'appliquent aux Facultés de médecine et aux Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médicale), l'article 2 du décret du 9 Mars 1852, l'article 4 (§ 3) de la loi du 27 Février 1880 et la loi du 15 Juillet 1941.

* * *

DÉCRET N° 1778 DU 27 JUIN 1944 PORTANT RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE POUR L'APPLICATION DE LA LOI N° 346 DU 27 JUIN 1944.

Art. 1er. — Les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médicale) sont nommés par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale. Ils sont choisis entre les candidats docteurs en médecine âgés d'au moins 30 ans et ayant soit enseigné depuis 2 ans au moins dans un établissement de l'Etat ou un établissement d'enseignement supérieur libre, soit occupé un emploi de médecin des hôpitaux, qui sont présentés dans les conditions fixées aux articles suivants.

Art. 2. — Une liste de présentation est dressée par le Conseil de la Faculté intéressée. Elle comprend, classées par ordre de préférence :

1° Toutes les personnes qui ont fait régulièrement acte de candidature;

2° Celles que le Conseil de la Faculté croira devoir ajouter d'office.

Cette liste est transmise au Collège de présentation institué à l'article 5 ci-après, qui peut y ajouter d'autres noms de son choix et établir un ordre différent de préférence.

S'il s'agit d'une chaire rétribuée sur les fonds de l'Université, ces deux listes sont, par les soins du secrétaire d'Etat, communiquées pour avis au Conseil de l'Université.

Le secrétaire d'Etat nomme l'un des candidats inscrits aux trois premiers rangs sur l'une ou l'autre liste.

Art. 3. — Les titulaires de chaires nouvelles sont nommés directement sans présentation par le secrétaire d'Etat. Celui-ci doit cependant demander l'avis du Conseil de l'Université s'il s'agit de pourvoir à une chaire nouvelle rétribuée sur les fonds de l'Université.

Art. 4. — Les demandes formées par les professeurs en exercice en vue d'une mutation à une autre chaire de discipline différente soit dans une même Faculté, soit d'une Faculté à une autre, sont soumises à la procédure prévue à l'article 2.

S'il s'agit de translation d'une chaire à une autre chaire de même discipline, les demandes formées par les professeurs en exercice sont examinées par priorité et les autres candidatures ne peuvent l'être qu'en cas de rejet de la translation.

Les demandes de permutation ne sont examinées que par les Conseils des Facultés intéressées.

Art. 5. — Le Collège de présentation est composé, à l'occasion de chaque vacance, de la façon suivante :

Un membre de droit, le doyen et la Faculté intéressée;

Des membres dont le nombre est fixé par le secrétaire d'Etat et peut varier de deux à six, professeurs titulaires, en exercice ou honoraires, de la discipline à laquelle appartient la chaire vacante, exerçant ou ayant exercé dans les Facultés autres que la Faculté intéressée, choisis par moitié par le secrétaire d'Etat et par leur collègues de la même discipline;

Un représentant, professeur ou non, désigné par le secrétaire d'Etat de l'un des corps ou établissements suivants : Académie des sciences, Académie de médecine, Collège de France, Muséum national d'histoire naturelle, Faculté des sciences,

et, en ce qui concerne les chaires de clinique médicale ou chirurgicale et les chaires de spécialités, un membre du corps hospitalier nommé par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale, sur la proposition du secrétaire d'Etat à la Santé.

Le président est désigné par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale.

Art. 6. — A titre transitoire, jusqu'à la date légale de la cessation des hostilités, tous les membres des Conseils de présentation seront désignés par le secrétaire d'Etat à l'Education nationale, sauf proposition du secrétaire d'Etat à la Santé en ce qui concerne le membre du corps hospitalier.

Art. 7. — Sont abrogés, en tant qu'ils s'appliquent aux Facultés de médecine et aux Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section médicale), l'article 6 du décret du 22 Août 1854, l'article 33 du décret du 28 Décembre 1885 et, d'une façon générale, toutes dispositions contraires au présent décret.

(*J. O.*, 21 Juillet 1944.)

Protection des Mineurs déficients ou en danger moral

Une *loi du 3 Juillet* 1944 (*J. O.* du 12 Juillet 1944) prévoit la création : 1° d'un service de l'enfance déficiente ou en danger moral; 2° d'un Conseil supérieur de l'enfance déficiente ou en danger moral. Elle précise les institutions et services concourant à la protection de l'enfance; elle définit les attributions de l'« Institut de protection de l'enfance déficiente ou en danger moral » (cadre régional ou interdépartemental) et du « Conseil de protection de l'enfance déficiente ou en danger moral » (cadre départemental).

Brevet de Masseur médical

Un arrêté du 30 Juin 1944 (*J. O.* du 12 Juillet 1944) fixe les modalités de l'examen d'entrée aux Ecoles préparant au brevet de masseur médical qui aura lieu chaque année à des lieux et dates fixés par arrêté.

Sont seuls admis les candidats des deux sexes, de nationalité française, de 19 ans au moins et de 36 ans au plus.

Les candidats aveugles passeront l'examen à Paris, à l'Institution nationale des jeunes aveugles et en province dans les Centres désignés par les directeurs régionaux.

Université de Paris

Travaux pratiques de Chimie. — Une série supplémentaire aura lieu, à dater du 9 Octobre 1944, à 14 heures.

S'inscrire au secrétariat (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

Concours et places vacantes

Électro-radiologistes des Hôpitaux de Paris. — 2e CONCOURS 1944 (2 *places*). — Sont nommés : MM. CHÉRIGIÉ et LEBOUCHARD.

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris. — 3e CONCOURS 1944 (1 *place*). — M. LORTAT-JACOB est nommé.

Médecins des dispensaires de lutte antituberculeuse du département de la Meuse. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de 2 médecins devant résider à Bar-le-Duc et à Verdun.

Les candidats devront être phtisiologues des Services publics. Faire la demande à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 9, rue Sainte-Catherine, à Nancy, avant le 1er Septembre 1944.

Internat des Hôpitaux de Paris (Concours spécial). — Un concours spécial pour la nomination à des places d'élèves internes en médecine sera réservé aux externes des hôpitaux de Paris en fonctions, issus des promotions 1938 et antérieures, n'ayant pris part à aucun des concours d'internat ouverts depuis 1941 et retenus au moins 18 mois en captivité.

Première épreuve du concours : mardi 5 Septembre. Pour l'inscription et les renseignements, s'adresser à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé, du lundi 7 Août au vendredi 18 Août 1944.

Internat des Hôpitaux de la région de Marseille. — Un concours pour 22 places débutera le lundi 9 Octobre 1944 à Marseille.

Renseignements et inscriptions à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille.

Médecin-Chef des dispensaires de Vaucluse. — L'Office départemental d'Hygiène sociale de Vaucluse recrute par concours sur titres un médecin-chef des dispensaires.

Echelle de traitement : 50.000, 55.000, 60.000, plus les indemnités. Avancement au choix tous les 2 ans.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Commandeur : M. Pierre MELNOTTE (Nancy).

Inspection de la Santé

— Mlle Suzanne MIROUZE est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Vaucluse* au maximum pour la durée des hostilités.

— M. José CHERFILS est nommé médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé du *Pas-de-Calais*, au maximum pour la durée des hostilités.

Nos Échos

Naissances.

— Françoise et Michèle OPPENOT ont la joie d'annoncer la naissance de leur petit frère *Jean-Pierre*. (Saint-Leu-la-Forêt [Seine-et-Oise], 5 Juillet 1944.)

— Michel et Jean-Claude JOURDAIN ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Françoise*. (Docteur et Mme RENÉ JOURDAIN, Raddon [Haute-Savoie].)

— Jean-Paul de LA CHAPELLE est heureux d'annoncer la naissance de son petit frère *Philippe*. (Coulommiers, 10, rue de l'Hôtel-de-Ville, le 3 Juillet 1944.)

— Le docteur et Mme LUCIEN STÉRIN sont heureux de faire part de la naissance de leur septième enfant *Catherine*. (Saint-Omer, le 9 Juillet 1944.)

— Alain et Odile BÉRAUD sont heureux d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Brigitte*. (De la part du docteur et Mme CH. BÉRAUD, Montceau-les-Mines, le 9 Juillet 1944.)

— Le docteur et Mme ANDRÉ DOHER sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant *Françoise*. (Paris, le 8 Juillet 1944.)

— Le docteur et Mme J. BARÈS sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Pierre-Marie*. (Domaine de Liloy, Verdelais [Gironde], le 26 Juin 1944.)

— Le docteur et Mme JEAN ZHA sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Jean-Louis*. (Paris, 55, rue de Varenne, le 26 Juin 1944.)

— Le docteur MAXIME BRUN et Madame née Pauillac sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Martine*. (Saint-Gervais-les-Bains [Haute-Savoie], le 20 Juin 1944.)

— Le docteur RENÉ JAMES, médecin consultant à Vichy, et Madame, fille du docteur ROBERT, de Clermont-Ferrand, sont heureux de faire part de la naissance de leur deuxième enfant, *Béatrice*.

Fiançailles.

— On annonce les fiançailles du docteur Francis TAYEAU, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux, avec Mademoiselle Josette Larousse.

Mariage.

— On annonce le mariage du docteur RAYMOND VINEL, de Paris, avec Mlle le docteur FRANÇOISE DELMASURE, du Mans.

Décès.

— On annonce le décès du docteur T. MALACHOWSKI, à Bellegarde (Loiret) le 14 Juillet 1944.

— Le docteur Daniel MAHOUDEAU nous prie d'annoncer le décès de son père, le docteur F. MAHOUDEAU, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins, survenu à Amboise le 19 Juillet 1944, à l'âge de 69 ans.

Soutenance de Thèses

Paris

VENDREDI 9 JUIN. — M. Chaia : *Contribution à l'étude clinique et radiologique de l'ulcère du pylore.* — Mlle Adam : *Fonctionnement du service obstétrical de la maternité Baudelocque.* — M. Gougaud : *Sur les avortements à la maternité de l'hôpital Saint-Louis en* 1943. — Mlle Jeandidier : *La dysménorrhée.* — M. Leboucq : *A propos d'un cas de grossesse tubaire non rompue au 5e mois.* — M. El Okby : *Contribution à l'étude des ulcères peptiques à propos d'un cas à localisation exceptionnelle.* — M. Montmont : *De l'hypertension artérielle essentielle chez la femme âgée.* — M. Labuze : *Les manifestations cutanéo-muqueuses de la lymphogranulomatose bénigne.* — M. Le Reste : *Le botulisme par conserves ménagères.* — M. Le Saint : *Les porteurs de germes diphtériques.* — M. Perceau : *A propos d'un cas d'encéphalite épidémique, contagion professionnelle chez une infirmière soignant un parkinsonien.* — M. Pierre : *Le traitement des ulcères peptiques par la novocaïne.* — Mlle Chaine : *Un cas d'épithélioma mammaire spontané chez la souris en lactation.* — M. Le Balch : *Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques.* — M. Le Mallet : *Hémoptysies non tuberculeuses, hémoptysies sans cause. La bronchoscopie et la bronchographie lipiodolée, éléments de diagnostic indispensables.*

LUNDI 12 JUIN. — M. Gourmelon : *Résultats obtenus par le traitement d'électrochoc dans le service « Hommes » de Ville-Evrard.* — M. Balter : *Contribution à l'étude des facteurs létaux en pathologie humaine.* — M. Le Floch : *De la tuberculose pulmonaire consécutive aux œdèmes de carence en milieu asilaire.* — M. Pasche : *Contribution à la psychopathologie du cauchemar.* — Mlle Cloche : *L'électroencéphalographie dans l'épilepsie.* — M. Le Conniat : *Contribution à l'étude radiologique des coxarthries et en particulier des formes géodiques.* — M. Peiffert : *De la conductibilité du corps humain en courants alternatifs de haute et basse fréquence.* — M. Sorin : *Une méthode de classification des films radiographiques.* — M. Dupaigne : *Etude morphologique et histologique de l'ovaire.* — M. Laloy : *A propos de quelques cas de tétanos traités par la séro-éthanolthérapie.* — Mlle Balle : *Le diagnostic d'une dermite artificielle par la méthode des tests épidermiques.* — Mlle Guy : *Contribution à l'étude des séries de réactions physiologiques d'adaptation de l'organisme à basse tension d'oxygène.* — M. Guillaume : *Etiologie de la méningite lymphocytaire curable.* — Mme Peuvion : *Considérations sur les comptes rendus des examens hématologiques.* — Mlle Thiédot : *Un cas d'abcès du poumon révélé par une vomique tardive et compliqué d'abcès du cerveau.* — Mlle Douroff : *La kérato-conjonctivite phlycténulaire ou noueuse, signe révélateur de l'imprégnation tuberculeuse chez l'enfant.* — M. Richet : *Etude critique des paralysies ascendantes aiguës.*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MARDI 6 JUIN 1944. — M. Pérard : *Contribution à l'étude de la charcuterie de disette. Les pâtés.*

JEUDI 8 JUIN. — M. Hatier : *La race porcine de Bayeux.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser* 3 *lignes.*

Prix : 10 fr. la ligne (6 fr. pour les abonnés).

Ecole française de stomatologie, 20, passage Dauphine, Paris-6e (Danton 46-90). — La rentrée se fera le 2 Octobre 1944.

Chirurgien cherche poste médico-chirurgical ou chirurgical, grande banlieue, Paris ou province. Ecr. *P. M.*, n° 730.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm. clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Suis acheteur boite de verres et ophtalmomètre de Javal. Ecr. *P. M.*, n° 801.

J. F. bonne famille, 18 a., entière expér. appareils radiographie, manut. et traitements, recherche empl. assist. ch. méd. radiolog. Ecr. Dupin, 10, r. Henri-Duchêne, Paris-15e.

Etudiant méd. ch. secrét. pr. Dr ou clin. Ecr. *P. M.*, 809.

Infirmière diplômée d'Etat, tr. au courant anesthésie, serait désireuse trouv. empl. aupr. chir. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 812.

Etudiant, 3e année, 26 a., pratique radio-phtisio, ch. empl. pr. méd. ou clin. pneumo, piqûres, Labo, secrétariat. Ecr. *P. M.*, n° 816.

Jne fille, chimiste, bactério exp., ch. place stable dans Labo anal. médic. Libre suite. Ecr. *P. M.*, n° 825.

A vendre chaise longue, époque Directoire, et divan cuir, conv. Dr. Télép. Odéon 35-99 de 13 h. à 14 h.

Cherche petite ou moyenne centrifugeuse électrique. Ecr. indic. et offres à *P. M.*, n° 829.

Dame sérieuse, htes référ., connaissances infirmière et prod. pharmac., ch. pl. Dr ou économe ds clinique, etc. Ecr. *P. M.*, n° 830.

A vendre, état neuf : 2 stéril. électr. 110 v. 34×22×10 *cm.* et 46×15×10, jeu complet de Béniqués en boîte métal. étagère porte-flacons O.-R.-L. (12 fl.), 3 couleurs. Ecr. *P. M.*, n° 831.

A vendre : tension constante Gaiffe 200 kw., 2 cuves à huile, excel. état de marche. Table de chronaxie. Autoclave 3 kg. Ecr. *P. M.*, n° 832.

A vendre microscope Horistka, 3 object. dont un immersion 1/15, 2 oculaires. Dr Barbier, 55, rue de Varenne, Paris.

On cherche maison de santé pour y installer appareil de radiothérapie 400.000 volts. Ecr. *P. M.*, n° 834.

Visiteur médical d'un des premiers Labo de Paris, introd. dep. 18 a. aupr. des prat. de la banl. Seine, S.-et-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. 1 Labo pr. ce sect. Ecr. *P. M.*, n° 835.

Suis acheteur matériel, mobilier médical neuf ou d'occasion. Ecr. *P. M.*, n° 836.

A vendre appareil Biotol, modèle B², type 11.862, complet, av. lampe et filtre solaire, absolument neuf. Ecr. *P. M.*, n° 837.

Vélo-moteur, moto-bécane, ét. neuf, à vendre. Grav. 27-42.

Femme médecin, française, phtisiologue, dipl. hygiène, microbiol., médecine du trav., ch. sit. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 839.

AVIS. — *Prière de joindre aux réponses un timbre de* 1 *fr.* 50 *pour transmission des lettres.*

Le gérant : F. THOMAS.

Imp. de *L'Illustration*, 153, rte de Saint-Denis, Bobigny (Seine). Numéro d'autorisation, 88.

LA
PRESSE MÉDICALE

Section : Médecine et Chirurgie générales
DE L'ENCYCLOPÉDIE PÉRIODIQUE DES SCIENCES MÉDICO-BIOLOGIQUES

PARAISSANT LE MERCREDI ET LE SAMEDI — PÉRIODICITÉ PROVISOIRE TOUS LES SAMEDIS

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

H. ROGER, Ancien Doyen de la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.
G. ROUSSY, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.
F. BEZANÇON, Membre et ancien Président de l'Académie de médecine.
J.-L. FAURE, Membre de l'Institut et de l'Academie de médecine.
PH. PAGNIEZ, Membre de l'Académie de médecine.
CH. LENORMANT, Membre de l'Académie de Médecine.
H. MONDOR, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.
A. RAVINA, Médecin des Hôpitaux de Paris.
F. JAYLE, Président de la Société française de gynécologie.

Secrétaires de la Rédaction : P. DESFOSSES, P. WILMOTH

La Presse Médicale *reparaît après une interruption de près de trois mois ; elle désire saluer, dès ce premier numéro, la libération de Paris et celle de la presque totalité de la France.*

Tous les autres événements pâlissent à côté de cette simple mention et notre journal n'accepterait pas de reprendre sa vie normale sans que soit dite d'abord dans ses colonnes la reconnaissance de tous les fils de France aux rénovateurs de sa liberté.

Notre première pensée se dirige vers ceux qui ont donné ou qui donnent encore leur vie à la Patrie, soit au delà des mers, soit sur le sol natal, — vers ceux qui, obscurément, prisonniers, déportés, ou les armes à la main, ont souffert et lutté, — vers ceux des membres du corps médical qui ont, dans une résistance déclarée ou occulte, aidé nos combattants et avec eux risqué ou sacrifié leur existence.

Et dans ce jour où, après la libération, la victoire se dessine, nous voulons affirmer notre communion avec eux tous et notre foi dans la patrie.

Depuis le mois d'Aout *un double deuil a atteint la Rédaction de* La Presse Médicale : *d'abord le décès de son Secrétaire le* Dr Wilmoth *et plus récemment celui du Prof.* Jean-Louis Faure.

Le premier est celui d'un homme jeune, tombé en pleine force et activité ; le second a frappé un de nos plus anciens Directeurs que la maladie tenait malheureusement éloigné de nous depuis plusieurs années. La Presse Médicale *publiera des notices consacrées à chacun d'eux, mais exprime dès aujourd'hui sa reconnaissance au Maître qui a assisté à ses débuts, et lui a consacré pendant des années une fidèle activité, — sa reconnaissance aussi au jeune chirurgien qui a apporté à notre journal un concours éclairé et sans défaillance depuis le jour où, choisi par un patron qui l'aimait entre tous, il était entré dans cette Maison.*

Des circonstances multiples *parmi lesquelles la réorganisation des services de presse, — le défaut de force motrice, — les difficultés de transport, — n'ont pas permis que la reprise des journaux scientifiques soit immédiate dès la libération. La guerre n'est pas achevée et si certaines difficultés sont atténuées d'autres subsistent. Ce premier fascicule sera suivi de numéros réguliers reprenant, à raison d'une livraison par semaine, une cadence hebdomadaire depuis longtemps perdue.*

Au début, nos numéros seront encore réduits. Par la suite nous espérons retrouver un essor que notre passé légitime. Mais, pour tenir compte de l'interruption forcée de notre journal, nous prévenons, dès à présent, nos lecteurs que tous les abonnements souscrits seront d'office prolongés de trois mois.

Nous nous efforcerons dès que possible de donner à nos rubriques l'ampleur qu'elles ont connue avant la guerre et même de les développer : publication d'analyses plus détaillées, plus larges comptes rendus des Sociétés Savantes, insertion rapide des sommaires des revues françaises et étrangères, mise au point plus largement conçue de numéros consacrés à l'exercice de la profession, — enfin reprise de nos contacts avec les pays étrangers, tout cela est dans notre programme ; tout cela, nous n'en doutons pas, sera réalisé à l'ombre d'une victoire où la France a déjà et aura sa part élargie.

SOMMAIRE :

ADMINISTRATION : MASSON ET Cie, Éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe) — Compte Chèques Postaux : N° 599.
ABONNEMENTS : France et Colonies, 150 fr.; Étranger : Tarif I, 300 fr.; Tarif II, 330 fr. — Les Abonnements partent du commencement de chaque mois.

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Cabinet du Ministre

Par arrêté du 27 Septembre 1944, sont nommés :

Directeur du cabinet : docteur E. AUJALEU, professeur agrégé au Val-de-Grâce, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.

Chef de cabinet : docteur PIERRE ROUQUÈS, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Chargé de mission : M. G. JAFFRES, sous-chef de bureau à l'administration centrale.

Chef du secrétariat particulier : M. MARCEL ARMAND, contrôleur principal des contributions indirectes et diverses.

Conseillers techniques permanents : Professeurs DEBRÉ et PASTEUR VALLERY-RADOT (Paris).

(*J. O.*, 30 Septembre 1944.)

***

Commission d'épuration du Ministère de la Santé publique. — Un arrêté du 30 Septembre institue une Commission d'épuration chargée d'examiner l'activité depuis le 16 Juin 1940 des fonctionnaires, agents ou employés et ouvriers en activité ou en retraite ressortissant au ministère de la Santé publique. Cette Commission est composée, en dehors du président, M. BLONDEL, haut magistrat désigné par le ministre, de 6 membres, dont 2 désignés par le Comité médical de la Résistance : M. TINEL, médecin des hôpitaux, et M. LAMAZE, accoucheur. M. DE SÈZE, médecin des hôpitaux, a été nommé membre suppléant.

(*J. O.*, 15 Octobre 1944.)

Recteur de l'Université de Paris

Par arrêté en date du 20 Août 1944, M. G. ROUSSY, ancien recteur de l'Université de Paris et chargé des fonctions de recteur de l'Université de Paris.

Centre National DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

M. JOLIOT, professeur au Collège de France, a été nommé directeur du Centre national de la recherche scientifique en remplacement de M. Jacob [1].

Comité consultatif de la Pharmacie

Il est institué auprès du Service central de la Pharmacie un Comité consultatif chargé d'étudier tous les problèmes intéressant la pharmacie qui lui seront soumis par le ministre de la Santé publique.

Ont été nommés membres : MM. DAMIENS, JAVILLIERS, BOUGAULT, HAZARD, JUSTIN-BESANÇON, Mlle JEANNE LÉVY, MM. BRUNFAU, GAUDIN, DELAGRANGE, MABILEAU, MESTRE, LE DIRECTEUR DE LA SANTÉ, LE CHEF DU SERVICE CENTRAL DE LA PHARMACIE.

(*J. O.*, 8 Octobre 1944.)

Comité scientifique du Ravitaillement

Par arrêté du 16 Octobre 1944 la composition du Comité scientifique du ravitaillement [2] est modifiée comme suit :

Le Comité comprend : MM. les professeurs et agrégés : LE NOIR, président ; GABRIEL BERTRAND, LÉON BINET, PIERRE CHOUARD, DEBRÉ, HUGUES GOUNELLE, JUSTIN-BESANÇON, E. LESNÉ, OMBRÉDANNE, CHARLES RICHET, SCHAEFFER, TANON.

Le chef du bureau central des recherches assurera les fonctions de secrétaire rapporteur des séances du Comité.

Ce dernier pourra, à la demande ou avec l'accord du président du Comité, convoquer pour certains travaux toutes personnalités qu'il jugera utile.

(*J. O.*, 20 Octobre 1944.)

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

— Par décision du secrétariat général à la Santé publique, M. LEVÊQUE, directeur de l'hospice des Quinze-Vingts, a été chargé des fonctions de directeur général de l'Assistance publique à Paris. (*Bull. mun. off., Paris*, 29 Août 1944.)

1. L'ordonnance du 9 Août 1944, du gouvernement provisoire de la République française, constatait la nullité des actes relatifs au Centre national de la recherche scientifique. Une ordonnance du 12 Octobre 1944 a précisé que cette nullité n'aurait effet qu'à dater de l'entrée en vigueur de nouveaux textes. Jusqu'à maintenant, les dispositions antérieures sont provisoirement maintenues, sauf (voir *J. O.*, 29 Octobre 1944) pour l'arrêté du 14 Juin 1944 nommant le président et les membres du Conseil d'administration du Centre et l'arrêté du 21 Octobre 1941 relatif aux commissions consultatives. A titre provisoire, la direction du Centre procèdera à la nomination des membres de ces commissions.

2. Voir *La Presse Médicale*, 1940, n°s, 88-89, 910.

Académie de Médecine

Dans sa séance du 31 Octobre l'Académie a procédé à l'élection de son nouveau secrétaire général. C'est M. le Prof. ROUSSY, recteur de l'Université de Paris, qui a été nommé, en remplacement du Prof. Achard, décédé.

Académie française

La Presse Médicale adresse au Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT ses plus vives félicitations à l'occasion de son élection à l'Académie française en remplacement de M. Edouard Estaunié, le jeudi 19 Octobre 1944.

Élections des Doyens DES FACULTÉS

Un texte est actuellement en préparation pour abroger la loi du 17 Novembre 1940 portant suspension d'élections dans l'enseignement supérieur.

En conséquence, les doyens, chefs d'établissements et délégués des Facultés et Écoles au conseil des Universités (et par conséquent les assesseurs) qui sont actuellement en exercice cesseront leurs fonctions le 31 Décembre 1944.

Afin que de nouvelles désignations puissent être faites le 1er Janvier 1945, des élections auront lieu dans la 2e quinzaine de Novembre. (*Circul. aux recteurs*, 19 Octobre 1944.)

COLLÈGE DE FRANCE

— Par arrêté du 16 Octobre 1944 M. NATTAN-LARRIER est réintégré dans ses fonctions à dater du 20 Décembre 1940.

Création d'un cadre de Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes africains (A. E. F., A. O. F., Cameroun, Togo.)

DÉCRET DU 11 AOUT 1944 ET ARRÊTÉ DU 14 AOUT 1944

INSTITUTION D'UNE École africaine de Médecine et de Pharmacie

Voici les principales dispositions de ces textes :

Il est institué une ÉCOLE AFRICAINE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, dont le siège est à Dakar, pour recevoir et former, à l'exclusion de tout autre établissement, les médecins et pharmaciens africains ainsi que les sages-femmes africaines qui concourent au service de l'Assistance médicale indigène dans les territoires de l'Afrique occidentale française, de l'Afrique équatoriale française, du Cameroun et du Togo.

L'ÉCOLE AFRICAINE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DAKAR remplace l'École actuelle de Médecine de Dakar et le Centre d'Instruction d'Ayos, qui sont supprimés à compter du 1er Novembre 1944.

L'École africaine de Médecine et de Pharmacie est gérée par un directeur nommé sur proposition du directeur du Service de Santé colonial et qui, jusqu'à nouvel ordre, est également chargé de la direction de l'hôpital d'instruction et de ses annexes.

Le directeur est assisté d'un économe et, en matière d'enseignement, d'un sous-directeur qui est le professeur titulaire le plus ancien dans le grade le plus élevé et qui assure l'intérim de la direction.

L'école comprend 3 sections : Quatre années pour la section de médecine ; trois années pour la section pharmacie ; trois années pour la section sages-femmes.

Le *Conseil d'administration* de l'École, dont fait partie le directeur, est présidé par le directeur général de la Santé en A.O.F., président.

Personnel et Organismes d'enseignement

Le *Conseil de perfectionnement* de l'École comprend : le directeur de la Santé publique en A. O. F., le directeur général de l'enseignement en A. O. F. (ou son représentant), le directeur de l'École, les professeurs titulaires et est présidé également par le directeur de la Santé publique en A. O. F.

Le Conseil de perfectionnement délibère sur l'élaboration des programmes, la distribution de l'enseignement, les mesures techniques concernant le fonctionnement de l'École.

Les professeurs titulaires de chaires sont nommés pour une période de cinq ans renouvelable. Les médecins et pharmaciens en service à Dakar peuvent être chargés de cours.

La discipline des élèves et la surveillance des études à l'école et à l'hôpital d'instruction sont plus spécialement confiées au sous-directeur de l'école.

Élèves, études, examens

A. ELÈVES EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE. — Chaque année le nombre des élèves à admettre dans les sections de médecine et de pharmacie est fixé par arrêté du commissaire aux Colonies.

Les candidats doivent : *a*) Etre citoyen ou sujet français, âgé de 18 à 25 ans ; *b*) avoir satisfait à l'examen de sortie des sections préparatoires de l'École de Médecine ; *c*) produire un certificat de santé ; *d*) souscrire l'engagement de servir effectivement pendant dix années, soit dans le cadre des médecins et pharmaciens africains de l'assistance médicale, soit dans celui des officiers de santé militaire indigènes ; *e*) produire un extrait de casier judiciaire et un certificat de bonne vie et mœurs.

Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées (moyenne : 10 sur 20). Les élèves ayant échoué peuvent être autorisés à redoubler une fois. L'examen de fin d'études comporte des épreuves théoriques et cliniques.

Les trois premiers élèves classés de la section de médecine sont nommés, pour un an, *externes* de l'hôpital central indigène. Les deux élèves classés premiers du classement général de la 3e année d'études sont nommés *internes*.

B. ELÈVES SAGES-FEMMES. — Leur nombre est fixé chaque année. Elles sont recrutées au concours.

Les candidates doivent : être âgées de 18 à 25 ans ; être nées sur un territoire français ; fournir un certificat d'études primaires, un certificat de bonne conduite (ou un certificat de bonne vie et mœurs) ; un certificat médical ; souscrire l'engagement de servir pendant une période de 10 ans au moins.

Les deux premières élèves classées à la fin de la 2e année sont nommées *monitrices d'accouchement*.

En fin de scolarité, les élèves subissent un examen de fin d'études.

Le régime de l'école est l'internat ; les élèves sont nourries, logées et habillées (uniforme) et reçoivent, pour leurs menues dépenses, une allocation mensuelle.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES. — Le Centre d'instruction d'Ayos étant supprimé en tant qu'école des aides de santé du Cameroun, les élèves sont autorisés à rentrer à l'école africaine.

Les élèves de 3e, 2e et 1re année peuvent rentrer à l'école africaine respectivement en 4e, 3e et 2e année d'études de médecine et de pharmacie.

Toutefois ces passages restent subordonnés à un examen.

Les élèves qui ont satisfait aux examens de sortie reçoivent un diplôme de médecin africain, de pharmacien africain ou sage-femme africaine qui entraîne pour les détenteurs l'obligation de servir pendant une période de dix ans au moins dans les cadres administratifs du personnel des services de santé de l'A. O. F., de l'A. E. F., du Cameroun ou du Togo, en n'importe quel point de ces territoires.

Les intéressés peuvent ensuite être autorisés à exercer dans des conditions qui seront fixées ultérieurement.

***

Organisation du cadre

Les élèves titulaires du diplôme de fin d'études sont nommés dans le cadre, dans l'ordre de classement de sortie, au grade de début. Les intéressés sont appelés en principe à servir dans leur colonie d'origine, mais peuvent être affectés en n'importe quel point des colonies désignées.

La hiérarchie, le traitement, la péréquation dans les différents grades, le classement sont fixés ainsi qu'il suit :

A) *Médecins et pharmaciens africains.* — De 3e à 1re classe : de 30.000 à 36.000 (péréquation, 65 pour 100 ; 3e catégorie). — médecin principal de 4e à 1re classe : de 40.000 à 55.000 fr. (péréquation, 35 pour 100 ; 2e catégorie).

B) *Sages-femmes africaines.* — De 3e à 1re classe : de 24.00 à 28.000 fr. (préréquation, 65 pour 100 ; 3e catégorie) ; sage-femme principale de 4e classe à 1re classe : de 31.000 à 40.000 fr. (péréquation, 35 pour 100 ; 2e catégorie).

L'avancement a lieu exclusivement au choix.

Les nominations sont faites dans l'ordre d'un tableau établi par une Commission de classement présidée par le directeur du Service de Santé colonial.

Pour être nommés au grade principal les médecins, pharmaciens et sages-femmes africains de 1re classe sont tenus d'accomplir, après l'expiration de la deuxième année de service effectif dans cette classe, sous la direction effective d'un médecin européen, un stage préparatoire de trois mois à l'hôpital du chef-lieu de leur colonie d'affectation.

Les candidats subissent alors la première partie d'un examen d'aptitude comportant des épreuves écrites.

Les candidats ayant satisfait à cette première partie sont dirigés sur l'hôpital central indigène de Dakar pour y accomplir un stage de perfectionnement de trois mois. Les candidats subissent ensuite la deuxième partie de l'examen d'aptitude, comportant des épreuves orales, cliniques, pratiques et de laboratoire.

Les candidats ayant satisfait aux examens et stages reçoivent un certificat d'aptitude qui est versé à leur dossier.

Les médecins, pharmaciens et sages-femmes africains sont traités à titre gratuit dans les formations sanitaires quelle que soit l'origine de leur maladie.

Dispositions transitoires. — Les médecins, pharmaciens et sages-femmes auxiliaires du cadre de l'A. O. F. seront reclassés dans le cadre africains en conservant le bénéfice de leur grade et de leur ancienneté.

Les aides de santé du Cameroun peuvent être reclassés sous certaines conditions (au moins trois années de service, stage de trois mois à l'hôpital central indigène de Dakar et examen.

***

DÉCRET DU 17 AOUT 1944 autorisant les Médecins, Dentistes et Sages-Femmes étrangers *appartenant à des missions religieuses* à exercer leur art en Afrique

Les médecins, dentistes et sages-femmes étrangers titulaires d'un diplôme délivré par une université étrangère et dont l'équivalence technique avec le diplôme français aura été acceptée par le commissaire aux Colonies pourront être autorisés à exercer leur art en A. O. F., A. E. F., au Cameroun et au Togo.

Les conditions d'exercice sont les suivantes :

Appartenir à une œuvre missionnaire confessionnelle reconnue ; être approuvé par le directeur local de la mission intéressée ; s'engager à n'exercer son art que dans les dispensaires, hôpitaux et maternités appartenant à la mission ; accepter le contrôle technique du médecin chef de la circonscription territoriale et du directeur de la Santé publique du territoire ; ne percevoir, pour les soins donnés, que les rémunérations fixées par un tarif. (Extraits du *J. O.*, 26 Août 1944.)

(*Suite des Informations p. 261.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA VIE TISSULAIRE DES VEINES

Par **René LERICHE**
(Paris)

On croit trop facilement, parce que les apparences sont pour cela, que les veines sont presque exclusivement dominées par des facteurs mécaniques. Il est bien certain que ceux-ci jouent un grand rôle dans les déséquilibres veineux : leur prédominance au membre inférieur, l'action de la grossesse, les conséquences de l'insuffisance valvulaire saphénienne, l'apparition de varices unilatérales chez les hommes dont la statique est modifiée, par exemple chez les anciens réséqués de la hanche, parlent d'elles-mêmes.

Mais bien souvent le fait mécanique n'est qu'accessoire. Il reste silencieux, tant que le déséquilibre vaso-moteur n'entre pas en jeu, et dans la pathologie des veines, *la vie propre de la paroi est l'élément dominateur.* On ne l'a guère analysée. Elle est pleine d'enseignement.

1° *Allongement interstitiel.* — Le premier fait qui retient l'attention est la tendance qu'ont les veines à s'allonger au cours de la vie chez beaucoup d'hommes, comme si leur potentiel de croissance n'était jamais épuisé. Au lieu d'aller toujours par un trajet rectiligne là où elles doivent aller, elles deviennent sinueuses. Ces sinuosités, pour elles, comme pour les artères, sont hors du plan de la nature. Elles disent qu'une veine est devenue trop longue pour son trajet. Cet allongement n'est pas un fait d'étirement. On a souvent calculé autrefois le coefficient d'allongement des veines. Mais ce n'était qu'artifice. Dans la vie, rien n'étire d'habitude une veine qui s'allonge. Alors que la traction sur une veine diminue son calibre, *les veines qui s'allongent sont en même temps des veines qui se dilatent.* Il suffit, au reste, de mesurer la longueur d'une veine extirpée, dont on a déroulé les sinuosités, pour voir qu'elle est bien plus longue sans traction qu'une veine normale en place, plus longue de 15 à 20 *cm.* pour la saphène interne. Ce n'est donc pas l'extensibilité qui joue. En fait, il y a genèse interstitielle. Comment ? Pourquoi ? On ne sait pas.

L'examen des grosses veines des tumeurs nous dit bien d'ailleurs que l'homme peut fabriquer des veines de toutes pièces une fois sa croissance terminée. Comment se fait-il qu'une néoformation cellulaire spécifique détermine des créations organoïdes pareilles ? Parler des exigences de la circulation tumorale ne résoud rien. Au reste, si l'on examine la circulation veineuse des fibromes utérins, on voit qu'à volume égal de la tumeur la richesse circulatoire est très différente d'un fibrome à l'autre. Il semble y avoir, en cela, un génie propre à l'individu, ce qui n'est pas non plus une explication des moyens mis en œuvre pour la construction.

On trouve les mêmes difficultés d'interprétation quand on songe à ces fines varicosités superficielles d'un graphisme si capricieux que l'on voit apparaître, chez des femmes surtout, en certaines régions des membres inférieurs, près du genou et sur les cuisses, surtout à la face interne. Nous ne savons pas comment se font ces dessins au trait qui n'évoluent guère dès qu'ils se sont révélés. A leur sujet, je ne puis apporter qu'un fait : j'ai vu une fois de pareilles varicosités fines apparaître sur l'étendue d'une paume de main, deux mois après une sympathectomie lombaire pour dolichocôlon. Coïncidence ? Cause ?

Là, comme pour les varices, il semble que *le traumatisme puisse être facteur déterminant* par les modifications vaso-motrices qu'il apporte localement et les troubles de la nutrition tissulaire qu'elles produisent. Un exemple :

Mme X..., à 35 ans, possède des jambes magnifiques, fines, racées, sans défaut. A 37 ans, elle vient me montrer sur sa jambe droite des sinuosités bleuâtres qui la désolent. Ce ne sont pas des varices au sens médical du mot, mais au sens mondain. Elles sont apparues, il y a dix-huit mois, quelques semaines après un choc violent à la face interne du genou. Relation entre les deux ? Pourquoi non ? Quand, avec l'esprit libre, je veux dire libre de toutes contingences médico-légales, on analyse les séquences vaso-motrices d'un traumatisme, cela ne paraît pas impossible. Je ne dis pas que ce soit prouvé.

Mais voici plus précis :

Je vois en Février 1941 un robuste boucher de 46 ans, qui présente depuis près d'un an des signes de paralysie spasmodique des membres inférieurs. Il y a des signes évidents de compression médullaire. Je songe à une tumeur : l'examen lipiodolé me fait admettre une arachnoïdite étendue le long des deux derniers segments dorsaux rachidiens et du premier lombaire. Cet homme avait été blessé en Mars 1915 : une balle lui avait traversé l'abdomen latéralement et était allée s'arrêter dans la masse musculaire paravertébrale du même côté, sans produire ni lésion intestinale, ni fracture. Vingt-cinq ans se sont passés avec une santé parfaite.

Radiographiquement, la balle est, pointe en haut, à deux travers de doigt du corps de la 12e dorsale. La laminectomie me fait découvrir de volumineuses varices intradurales plaquées contre la moelle sur l'étendue de trois vertèbres. Je puis les détacher sans trop de difficultés et les pédiculiser en bloc autour d'une seule veine bosselée qui passe par le trou de conjugaison de la 12e dorsale, juste à la hauteur du point où la radiographie montre la pointe de la balle. Histologiquement, ces veines présentent de l'endophlébite récente.

Il paraît difficile de ne pas admettre qu'une néoformation veineuse s'est faite à partir du foyer traumatique, et que sa pénétration intrarachidienne lente et tardive a permis dans un espace libre des ramifications multiples. C'est un bel exemple de ce potentiel de croissance que gardent les veines par delà l'âge mûr.

2° *Changements de calibre des veines. Leur signification.* — Nous ne percevons qu'indirectement, par la constatation de leurs conséquences caloriques et thermiques, les changements de calibre des artères. Les veines, en dehors de toute influence mécanique, changent de calibre sous nos yeux, plusieurs fois par jour. Il est aisé de le constater sur soi-même et d'en analyser les conditions immédiates, chaud, froid, travail musculaire, etc. L'infiltration stellaire permet de voir comment agissent les vaso-moteurs à ce point de vue. Habituellement, dans les instants qui suivent une anesthésie stellaire, les veines de la main et de l'avant-bras, la jugulaire du même côté, gonflent et deviennent énormes, parfois. En somme, la suspension d'activité des vaso-constricteurs fait de la veino-dilatation. Phénomène actif ? Phénomène passif ? Simple paralysie des constricteurs ou action directe des vaso-dilatateurs ?

La veino-dilatation par suppression des vaso-constricteurs exige certaines conditions de souplesse tissulaire. Chez les sclérodermiques avancés, on ne la constate pas dans les premiers temps d'une stellectomie, puis, à mesure que la peau redevient elle-même, sous l'effet d'un régime circulatoire nouveau au bout d'une ou de deux années, les veines redeviennent visibles et se distendent.

J'ai observé une femme dont la peau atrophique enserrait les membres inférieurs tout entiers dans une gaine rigide. Deux ans après une double sympathectomie lombaire, je la retrouvais avec d'énormes varices saphéniennes. Elle me raconta qu'elle les avait depuis longtemps, que la sclérodermie les avait effacées et que la guérison de la sclérodermie les lui avait rendues. Actuellement, neuf ans après ses opérations, les varices sont toujours là, témoignages de sa guérison.

3° *Les veines en creux.* — L'observation que je viens de citer met en lumière un fait que j'ai plusieurs fois constaté : des veines peuvent rester effacées pendant des années, sans que l'expression des tissus voisins arrive à y amener du sang, elles sont réellement vides comme j'ai pu m'en assurer, en les coupant, sans que leur structure soit apparemment modifiée, sans que leur lumière s'oblitère. Il est fréquent chez les artéritiques de constater au niveau du pied et de la jambe des veines qui se dessinent ainsi en creux. Ces rigoles veineuses sont un bon signe d'oblitération artérielle mal compensée. Souvent, quelques jours après une sympathectomie, ou même après une simple infiltration lombaire, mais c'est plus rare, elles sont à nouveau remplies. Le doigt les vide. Le sang y revient lentement ou normalement. C'est un excellent test de guérison. L'inutilisation, l'inactivité ne sont donc pas suivies de thrombose ou d'épaississement endothélial.

4° *Dilatations veineuses sans obstacle, intermittentes ou permanentes, généralisées ou localisées.* — Chez certains hommes, même jeunes, par ailleurs normaux à nos yeux, cette veino-dilatation se produit avec une intensité particulière dans des conditions toujours les mêmes, quand ils quittent leur lit pour se mettre debout, dans la marche, quand ils absorbent des boissons chaudes. Chose bien significative : le trouble veineux porte aussi bien sur les membres supérieurs que sur les inférieurs, le tout avec sensation de chaleur, même quand la peau reste fraîche à la main. Ce syndrome n'est pas fréquent, mais il est bien désespérant. Paradoxe : la station debout prolongée n'a pas d'effet. Il s'agit évidemment d'un déséquilibre de la vaso-motricité.

J'ai suivi pendant près de vingt ans un cas un peu différent.

Un homme d'une trentaine d'années, peu après un séton de la nuque ayant rasé la 2e cervicale, voit apparaître une sorte de distension veineuse généralisée. Quand je l'examine en 1923, toutes ses veines des membres, celles du cou, sont saillantes comme au-dessous d'un lien très serré. Elles sont rectilignes, sans une sinuosité, mais leur calibre est sensiblement accru. La pression artérielle est normale. Le cœur, cliniquement et électrocardiographiquement, est sain. Je ne trouve aucune cause à cet état douloureux qui donne une sensation de brûlure constante.

En 1926, je l'hospitalise à Strasbourg, parce que la distension veineuse augmente. Nous l'étudions à fond, Fontaine et moi, sans trouver d'explication. La pression intraveineuse est considérablement augmentée. Nous ne voyons pas pourquoi. Je ne puis donner les chiffres de nos mesures, l'observation étant restée à la clinique de Strasbourg. En 1941, je revois le malade, toujours dolent, toujours souffrant, avec des veines encore plus turgescentes, mais toujours rectilignes. Examen somatique négatif.

Je ne sache pas que pareil état ait été décrit.

Je n'ai pas vu davantage signalées les dilatations segmentaires sans obstacle comme celles que voici :

Une femme de 36 ans vient me voir pour un gros œdème du membre inférieur gauche, apparu depuis deux ans et demi, et ayant débuté à la racine de la cuisse, et plus spécialement à la face interne, sans qu'il y ait rien à la grande lèvre. Peu à peu, l'œdème s'est étendu de haut en bas. L'aspect est celui d'un membre éléphantiasique. Je ne trouve rien qui soit capable d'expliquer cet état. La phlébographie par la saphène interne est d'interprétation impossible : tout n'est pas normal dans la fosse iliaque, et je ne puis dire davantage. Le 13 Juillet 1942, par laparotomie sous-péritonéale, je découvre les vaisseaux iliaques. Il y a quelques veines hélicines autour de l'uretère et dans l'espace sous-péritonéal. La veine iliaque externe est énorme. La primitive aussi. Calibre d'une anse grêle. Je cherche un obstacle au niveau de la veine cave. Je ne trouve rien : la paroi est souple. J'enlève le 4e ganglion lombaire. En peu de jours, tout l'œdème disparaît. Puis, après le lever, il revient peu à peu et trois mois après, il est plus marqué qu'avant.

Cela rappelle ces dilatations veineuses qui accompagnent parfois les dilatations artérielles que j'ai décrites récemment[1] sous le nom de dolicho et méga-artères, et qui sont très différentes des dilatations ampullaires localisées de la saphène interne à son embouchure.

5° *Contractions et spasmes veineux.* — A l'inverse de ces états, il n'est pas rare de voir les veines se contracter de façon violente, même quand elles sont distendues. Chacun sait, par expérience, qu'il y a des veines qui paraissent fuir la piqûre, parce qu'elles se contractent violemment quand l'aiguille arrive sur l'adventice. On voit souvent cette contraction à distance lors du traitement des varices par injections oblitérantes, et dans la phlébographie. Quelquefois, quand on injecte une substance de contraste iodée, les veines s'effacent à distance, et j'ai vu disparaître brusquement pour quelques

1. Dolicho et méga-artères, dolicho et méga-veines. *La Presse Médicale,* 9 Octobre 1943, n° 38.

heures des ampoules veineuses dans un territoire qui n'était pas celui de la veine injectée, ce qui prouve qu'une dilatation ampullaire n'a pas perdu son pouvoir contractile, comme on le pense généralement.

Un phénomène singulier accompagne ces contractures veineuses ; parfois la peau blanchit tout le long de leur trajet, exactement comme rougit la peau le long d'un lymphatique enflammé, ce qui montre une solidarité vaso-motrice veino-cutanée dont on ne parle guère dans les schémas de la vaso-motricité. La contracture veineuse peut s'installer à demeure. On voit de temps en temps, après des injections intraveineuses, la veine rester dure, rigide. On croit à une thrombose, puis, au bout de quelques jours, la veine redevient souple et perméable. Quelquefois le spasme veineux s'accompagne de douleurs irradiées très vives. J'ai vu deux fois une violente causalgie de tout le membre supérieur durant depuis des semaines à la suite d'une intraveineuse. L'infiltration stellaire les a fait cesser. Je ne crois pas qu'il soit habituellement nécessaire de réséquer la veine. Je l'ai cependant fait deux fois : la veine était épaissie, elle n'était pas thrombosée. Ces contractures veineuses peuvent être réflexes. Je veux dire engendrées par une piqûre veineuse à distance ou par une piqûre artérielle. Cid dos Santos en a publié une très belle observation avec phlébogrammes au cours d'une artériographie de l'humérale. Cette solidarité vaso-motrice entre artères et veines sur laquelle Cornil, Mosinger, Audier et l'Ecole marseillaise ont justement insisté, explique certains aspects cliniques des artérites et quelques symptômes des phlébites. Il existe une forme phlébitique des thromboses artérielles que, d'habitude, l'infiltration lombaire transforme immédiatement. Quand on connaît tout cela, on en vient à se demander si certaines prétendues phlébites post-opératoires, avec symptomatologie légitime, ne sont pas que de simples spasmes veineux, habituellement saphéniens. J'ai vu plusieurs fois une seule infiltration précoce du sympathique lombaire faire disparaître définitivement l'œdème, les douleurs, le cordon induré et la température. Il y en a des exemples dans toutes les statistiques publiées sur les résultats de l'infiltration lombaire dans les phlébites, dans celles d'Ochsner et de Bakey, dans celles de Geisendorf, dans celle de J. Fourmestraux. Evidemment, je n'ai pas la preuve que ces phlébites d'un jour n'ont pas en quelque point un élément de thrombose. Il serait intéressant dans ces cas de faire des phlébographies, quand tout symptôme a disparu, et de voir ce qu'il en est exactement. Je n'en ai pas eu l'occasion. Mais sur plusieurs phlébogrammes, j'ai eu la preuve d'un spasme étendu. Evidemment, si le spasme s'installe à demeure, la thrombose est à peu près fatale. L'histoire des phlébites est tout entière à reprendre sous l'angle de la veino-contraction.

6° *Perméabilité de la paroi et hémodiapédèse dans les contractures veineuses.* — Quand on examine des varices de fraîche date, qui ne sont pas encore au stade des dilatations, mais ne montrent que de simples trajets sinueux sous-la peau, il est fréquent de voir leur dessin sur la peau sous forme d'un ruban verdâtre, de la couleur d'une vieille ecchymose. C'est évidemment la marque d'une décomposition du pigment sanguin, donc d'une filtration globulaire incessante. Généralement les jambes qui ont ces infiltrations hématiques sont douloureuses. Elles paraissent un peu infiltrées d'œdème, sans qu'il y ait œdème véritable au sens habituel du mot. Douleur et œdème disparaissent en quelques jours par l'infiltration lombaire. Tout ceci est sans doute conditionné par de la contracture veineuse qui aide à la filtration, si elle n'en est pas la vraie cause.

7° *Sensibilité veineuse.* — Il y a certainement une *sensibilité de la paroi veineuse. Celle de l'adventice* est différente de *celle de l'endoveine.* La première est à la fois réflexe et consciente. La sensibilité réflexe est à la base des spasmes dont je viens de parler. Elle peut s'extérioriser à grande distance. J'ai vu l'oblitération thérapeutique d'une dilatation saphénienne à la jambe provoquer, en quelques heures, le retour d'un asthme disparu depuis trois ans. La sensibilité consciente, douloureuse, exactement localisée à un trajet veineux, a son maximum d'expression au début des phlébites.

La sensibilité de l'endoveine est d'un type différent. Elle se traduit par un réflexe vaso-dilatateur local qui, chez certains variqueux, et surtout après les oblitérations thérapeutiques se traduit par une chaleur locale, parfois intense, avec œdème. Il se passe là le phénomène que j'ai signalé dans les irritations de l'endothélium artériel.

*
* *

Il y a d'autres phénomènes qui relèvent de la vie végétative des veines. Je les étudierai ultérieurement.

MALADIE DE CUSHING
AVEC
PARAPLÉGIE SPASMODIQUE

GUÉRISON CLINIQUE
MAINTENUE DEPUIS SIX ANS

Origine cortico-surrénale possible du syndrome

PAR MM.
G. GIRAUD, J. MARGAROT
et **P. RIMBAUD**
Montpellier)

Nous avons précédemment rapporté (*La Presse Médicale,* 25 Mai 1925) l'observation d'un malade qui présentait :

1° Une obésité, d'apparition rapide, siégeant au cou, à la face, au tronc; de l'érythrose faciale, des vergetures en flammèches, de l'hypertension artérielle, enfin de la polyurie avec glycosurie intermittente, c'est-à-dire le syndrome physio-clinique du basophilisme hypophysaire tel que l'a décrit Cushing (fig. 1) ;

2° Une paraplégie spasmodique par compression de la moelle dorsale dont la nature n'avait pu être précisée, mais qui, en l'absence de toute lésion osseuse rachidienne, pouvait faire songer à une métastase d'un cortico-surrénalome cliniquement latent.

Le traitement suivi fut le suivant: irradiations de la loge hypophysaire, injections d'extraits hypophysaires totaux, injections de lipiodol, thérapeutique qui n'apporta aucune amélioration immédiate.

Au contraire, l'extension aux cuisses de la surcharge graisseuse et surtout l'atténuation progressive du caractère spasmodique de la paraplégie apparurent comme des signes d'indiscutable gravité. Une série d'irradiations larges de la région dorsale faites en fin de séjour ne furent suivies d'aucune modification apparente. Rien ne semblait devoir arrêter l'évolution d'une affection dont la guérison est relativement rare.

Le malade sortit de l'hôpital en Janvier 1935 et son état demeura, paraît-il, inchangé jusqu'au mois de Juillet. A partir de cette époque, sans qu'aucun nouveau traitement eût été institué, il constata une amélioration régulière et progressive des deux syndromes, endocrinien et nerveux.

Quelques mouvements apparurent aux orteils; après quelques semaines, les membres inférieurs purent être mobilisés; en quelques mois (Février 1936) la marche devint à nouveau possible.



Fig. 1.



Fig. 2.

Cependant l'obésité s'atténuait, l'élimination urinaire reprenait un taux normal, l'instinct génésique renaissait.

Au mois d'Août 1936 le malade fut hospitalisé (service du Prof. L. Rimbaud) en vue d'un nouvel examen. L'infiltration graisseuse avait totalement disparu; les téguments de l'abdomen, devenus trop importants, tombaient, flasques et plissés; les vergetures toujours visibles avaient perdu leur coloration rouge vif.

La marche était à peu près normale, mais il existait un léger steppage. L'examen des réflexes confirmait la persistance de l'atteinte pyramidale: les réflexes rotuliens et achilléens étaient très vifs, les signes de Babinski, Mendel et Rossolimo, positifs des deux côtés.

La tension artérielle demeurait élevée : 21-12. L'élimination urinaire était normale : 1.200 cm^3 par vingt-quatre heures sans glycosurie. Azotémie, 0,25. Créatinémie, 0,021. Uricémie, 0,043. Cholestérolémie, 1,86.

Une radiographie vertébrale montra la persistance du lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens ; il délimitait un obstacle à la hauteur de D4-D5.

Un nouveau traitement par les rayons de Rœntgen fut institué (4 applications sur les régions surrénales, 4 sur l'obstacle rachidien) associé à 20 injections d'extraits hypophysaires.

Le malade fut ensuite perdu de vue pendant six ans. Nous avons pu le retrouver récemment dans une ville voisine. Il s'est très volontiers rendu à notre convocation.

En présence de ce jeune homme svelte (fig. 2), alerte, souriant, il nous est difficile de reconnaître notre ancien paraplégique au facies érythrosique et bouffi, au thorax infiltré d'une abondante surcharge graisseuse. Sa marche est à peu près normale. Elle ne provoque aucune fatigue ; cependant la jambe droite demeure plus faible que la gauche. Le visage a retrouvé sa pilosité habituelle; les érections sont normales et le sujet, fidèle à d'anciens penchants, a repris des rapports sexuels rapprochés et complets.

Les réflexes tendineux demeurent vifs ; le signe de Rossolimo est bilatéral alors que le signe de Babinski n'existe plus qu'à droite. La tension artérielle est de 20-10; l'élimination urinaire est normale, sans glycosurie ni albuminurie.

L'excès de peau flasque constitue le seul témoin morphologique du passé (tablier pariétal abdominal tombant, seins flasques donnant une apparence de gynécomastie).

Le syndrome endocrinien a donc totalement disparu et il ne reste que de très légères séquelles du syndrome neurologique.

*
* *

La guérison inespérée de notre malade ne peut être rapportée qu'à l'influence du traitement radiothérapique qu'il a subi. Cette influence s'est fait sentir avec un certain retard : n'avons-nous pas cru tout d'abord à un échec total ?

Mais le Prof. Lamarque a irradié, sur notre demande, d'abord la région hypophysaire, à plusieurs reprises et sans résultat, puis la région de la moelle dorsale peu avant la sortie du malade.

Quelles sont parmi ces irradiations celles qui doivent être tenues pour responsables de la guérison du malade ?

Les irradiations ont libéré la moelle épinière. Il est logique d'admettre qu'elles ont atteint, dans la région dorsale, un tissu métastatique qui s'est montré très radiosensible. La guérison de la paraplégie ne peut s'expliquer qu'ainsi.

Ces métastases ne pouvaient être d'origine hypophysaire. Elles dépendaient vraisemblablement d'un corticosurrénalome.

La basophilie hypophysaire entraîne un hyperfonetionnement surrénal dévié. Nous concevons qu'elle puisse provoquer une hyperplasie réactionnelle de eet appareil; elle ne saurait engendrer directement un processus tumoral surrénal susceptible d'essaimer métastatiquement. Nous sommes done portés à admettre aujourd'hui ehez notre malade l'existence d'un processus autonome tumoral d'ordre cortico-surrénal.

Les irradiations larges de la région dorsale ont vraisemblablement atteint en même temps les eapsules surrénales elles-mêmes et détruit la tumeur, aussi radiosensible que sa métastase [1].

L'amélioration n'a eommencé à se dessiner que tardivement : quinze mois après le début des irradiations hypophysaires, sept mois après les irradiations dorsales. Nous sommes donc portés à reconnaître à ees dernières une aetion plus électivement bienfaisante.

Est-ce à dire que l'hypophyse ait été étrangère au développement du syndrome que nous avons décrit ? Manifestement non. Elle a tenu sous sa dépendanee une partie de la symptomatologie. Mais nous sommes portés à admettre qu'elle n'a souffert ici que secondairement et fonctionnellement, comme ont souffert la plupart des autres glandes endocrines.

Nous pensons, en dernière analyse, que l'observation que nous avons publiée en 1935 doit être rapproehée plutôt de l'affection décrite en 1911 par Launois, Pinard et Gallet (cortico-surrénalome avec métastases) que du basophilisme hypophysaire pur de Cushing.

Nous entendons par là souligner l'étroite parenté symptomatique des deux syndromes. Que le point de départ de la déviation soit hypophysaire ou surrénal, les ébranlements fonctionnels se font sentir dans des direetions semblables. Mais l'essaimage métastatique doit servir d'élément essentiel de diagnostic [2].

LA PATHOGÉNIE DE L'ACHONDROPLASIE

Par **Knud H. KRABBE**

(Copenhague)

On a beaucoup diseuté la pathogénie de l'achondroplasie.

A une certaine période, les auteurs ont été enclins à eonsidérer cette anomalie comme étant d'origine dyserine. Plusieurs formes de nanosomies sont dues à l'insuffisance des glandes endocrines (thyroïde, hypophyse). En établissant une analogie, qui n'est pas tout à fait justifiée, on a supposé que la nanosomie achondroplasique avait la même origine.

Cette théorie doit être considérée comme tout à fait abandonnée maintenant. D'une part, en effet, on n'a pas réussi à trouver, dans les cas d'autopsie d'aehondroplases, des modifieations pathologiques des glandes endocrines. D'autre part, la maladie débute à une phase de l'évolution où les glandes endoerines, selon toute probabilité, n'ont pas commencé à fonctionner. On n'a aueun point d'appui permettant d'établir que les germes des glandes endocrines du fœtus auraient influeneé la eroissance du fœtus dans les premiers mois de la vie fœtale.

La seule modification anatomo-pathologique que l'on trouve dans l'aehondroplasie est l'altération des lignes épiphysaires. On a supposé que ces altérations sont les causes du raecourcissement des extrémités. Cependant, on peut tout aussi bien envisager que les modifieations des lignes épiphysaires sont secondaires, et qu'il s'agit de phénomènes parallèles au raeeoureissement des extrémités.

Un des problèmes fondamentaux qui se pose est eelui de savoir à quelle époque de la vie l'aehondroplasie commenee.

La maladie est congénitale. Elle ne eommenee



Fig. 1. — Extrémité supérieure d'un achondroplase (Trier-Mörch).

jamais après la naissance. Les eas que l'on a observés d'origine post-natale ne sont pas des achondroplases, il s'agit d'autres formes de nanosomie (raehitique ?) qui présentent une ressemblanee apparente avec l'aehondroplasie.

Par ailleurs, on a observé des fœtus aehondroplasiques du cinquième mois. La maladie débute done avant cette époque.



Fig. 2. — Extrémité supérieure d'un fœtus humain au début du 3[e] mois (Ivar Broman).

Chez les petits embryons humains les extrémités sont courtes, eomme chez les aehondroplases. L'achondroplasie est ainsi eausée par un arrêt de développement de la eroissanee au eommencement du troisième mois. Si nous examinons un tel embryon, nous voyons que les proportions des extrémités correspondent tout à fait à celles des extrémités chez les achondroplases. De même le nez d'un tel embryon présente la forme caractéristique du nez achondroplasique.

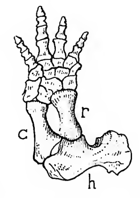


Fig. 3. — Extrémité supérieure d'un stégocéphale (Eryaps, Heilman).

L'arrêt de développement correspond à celui qui est représenté par le bec-de-lièvre, le canal de Botal ouvert, les côtes cervicales, etc.

Mais quelle est la cause de cet arrêt de développement limité aux os, tandis que les autres organes, par exemple le cerveau, présentent un développement tout à fait normal ?

Nous savons que l'achondroplasie est une maladie héréditaire. M. E. Trier Moreh a trouvé dans un matériel de 108 eas — probablement tous les eas d'aehondroplasie qui se trouvent au Danemark — qu'on peut démontrer l'existenee familiale de la maladie chez 17 pour 100 des patients. Cela signifie probablement que chez 83 pour 100 de eeux-ei la maladie est eausée par une mutation. Dans toutes les maladies héréditaires, il faut supposer que la maladie apparaît par mutation ehez le membre de la famille ehez lequel elle se manifeste pour la première fois.

Il faut, par ailleurs, jeter un eoup d'œil sur les aehondroplases « normaux » parmi les chiens. Ce sont les bassets. Le plus naturel, semble-t-il, est de considérer les bassets eomme des chiens qui dans leurs proportions sont « retournés » à un stade plus primitif, plus reptilique, ehez les mammifères.

Si l'on considère les lignes de l'évolution chez les vertébrés, il semble des plus probable que nos aneêtres, dans les phases amphibio-reptiliques, ont été des animaux aux extrémités très courtes.

Nous avons eomparé les extrémités d'un achondroplase avec eelles d'un embryon au eommencement du troisième mois. Nous allons continuer eette comparaison avec les extrémités supérieures d'un stégoeéphale. En examinant les figures, on eonstatera qu'il existe une ressemblanee frappante entre les extrémités supérieures d'un aehondroplase, d'un fœtus humain au eommeneement du troisième mois et d'un stégoeéphale.

Ce sont des faits que nous avons déerits ci-dessus et c'est de ces faits que déeoule notre théorie.

On considère les mutations dont proviennent les maladies hérédo-familiales comme résultant de gênes perdues. Il y a mutation en direction positive lorsque des mammifères, dont les extrémités sont eourtes, se changent en mammifères aux extrémités longues — ainsi qu'on le connaît dans le développement des ehevaux. Il y a mutation négative si eet allongement des extrémités disparaît de nouveau.

Voiei notre théorie : l'achondroplasie serait conditionnée par la perte des gênes qui, dans eertaines phases du développement, ont fait que des mammifères aux extrémités eourtes se sont développés en mammifères aux extrémités longues.

Ce n'est là qu'une théorie, et il n'est pas possible d'en établir la vérité par une preuve exaete.

Mais il faut ehercher en tout eas les eauses de la pathogénie de l'achondroplasie dans des états existant à une phase précoce de la vie embryonnaire.

TENDANCES ACTUELLES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

PAR MM.

R. GOUVERNEUR et **J. PÉRARD**

(Paris)

En répondant à l'article de M. Dossot, nous voulons d'une manière plus générale prendre la défense de la néphrectomie pour tubereulose rénale, dont on cherehe depuis quelques années à faire le procès sur des reproches qui nous semblent injustifiés. Il y a quarante ans, Albarran affirmait (et en particulier dans ce journal même) que la néphrectomie était le seul traitement logique d'une maladie qui apparaissait à l'évidenee comme primitive, unilatérale, spontanément ou médicalement incurable. Ce « dogme » d'Albarran a été universellement admis et la cause pouvait paraître jugée depuis longtemps; pourtant, depuis quelques années, un mouvement révisionniste se dessine parmi les urologues qui voudraient prouver que la tuberculose rénale ne justifie pas la néphrectomie précoce de principe, car elle serait, contrairement aux idées classiques, secondaire et non primi-

1. Il n'est point très aisé cependant de s'expliquer pourquoi l'amélioration n'est survenue que sept mois après la rœntgenthérapie. La lyse tumorale se manifeste d'ordinaire beaucoup plus tôt.

2. A la lecture de notre article de 1935, Harvey Cushing, le 23 Septembre 1935, a écrit à l'un de nous une lettre dont nous détachons les termes suivants: « Je ne puis expliquer la paraplégie, à moins qu'il n'ait existé une métastase, auquel cas il semblerait plus vraisemblable que le syndrome fût dû à une tumeur cortico-surrénale, qui n'est pas rarement de nature maligne ». La marche ultérieure des évènements devait confirmer cette manière de voir.

tive, bilatérale au début et non unilatérale et enfin médicalement curable. Dos Santos (de Lisbonne), un des premiers en 1935, s'élevait contre la néphrectomie précoce. B. Fey, en 1941, reprenait et développait cette condamnation dans un article du *Journal d'Urologie* et il inspirait tout récemment une thèse à un de ses élèves, R. Küss, sur la « place de la néphrectomie dans la tuberculose rénale ». Au sein même de la Société Française d'Urologie à l'heure actuelle s'annonce une scission entre ceux qui, comme par le passé, continuent à être les partisans convaincus de la néphrectomie et ceux qui se laissent gagner par les arguments de la thèse adverse. Nous allons discuter les points essentiels de l'article de notre ami Dossot.

1° Résultats défectueux de la néphrectomie. — Le pessimisme de ce paragraphe nous paraît très exagéré et nous soutenons qu'une bonne proportion de néphrectomisés reste guéris sans présenter d'accidents ultérieurs de tuberculose, la proportion est d'ailleurs nettement plus grande en clientèle privée qu'en milieu hospitalier, ce qui n'est pas fait pour surprendre ; nous soutenons aussi que la suppression du foyer rénal a dans la grande majorité des cas le meilleur effet sur la cystite tuberculeuse. En tout état de cause, il nous paraît certain que l'abstention chirurgicale aurait des résultats beaucoup moins favorables et si la néphrectomie n'a pas la prétention de donner 100 pour 100 de succès, qu'on ne vienne pas dire que l'abstention fait mieux qu'elle. Si l'on peut parler de résultats défectueux, c'est de ceux que comportent la méconnaissance de la tuberculose rénale que trop de praticiens laissent encore évoluer sans la soupçonner pendant de longs mois, voire des années ; combien de malades nous arrivent dans un état piteux et lamentable, parce que le diagnostic de leur affection n'a pas été fait assez tôt, en un mot parce qu'on ne les a pas opérés assez précocement.

2° Fréquence de la bilatéralité. — Il nous semble subversif de renverser la formule d'Albarran qui disait que la tuberculose rénale était en règle au début unilatérale. Personnellement, comme tous les urologues, nous avons observé des tuberculoses rénales qui semblent bien bilatérales d'emblée et qui lèchent les deux reins sans les mordre profondément, mais ces cas sont infiniment plus rares que les formes unilatérales classiques que nous rencontrons à chaque instant. Nous reconnaissons bien volontiers que l'incessant progrès de nos procédés d'exploration, recherche des bacilles de Koch beaucoup plus minutieuse, beaucoup plus précise, microculture, urétéropyélographie rétrograde, etc., permettent de découvrir des tuberculoses bilatérales qui nous auraient échappé naguère, mais nous n'avons pas le sentiment que ce contingent des formes bilatérales puisse, et de loin, se comparer à celui des tuberculoses unilatérales. L'étape parenchymateuse, dont on commence à parler beaucoup maintenant, existe certainement, mais son importance nous paraît très exagérée, d'ailleurs par définition n'est-elle pas très difficile à mettre en évidence ?

Enfin, il nous paraît dangereux de tirer argument des constatations expérimentales faites sur l'animal (Coulaud, Medlar) pour conclure que les choses doivent se passer de même en pathologie humaine.

3° Guérison non opératoire de la tuberculose rénale. — Sur ce paragraphe, nous sommes à peu près d'accord avec Dossot puisqu'il écrit à propos de la maladie à sa phase ulcéreuse : « Elle peut encore guérir, mais cette éventualité est rare. » Encore convient-il de faire remarquer que même ces cas de prétendue guérison doivent être considérés avec une prudente réserve. Nous ne savons que trop qu'il vaudrait mieux parler de répit plutôt que de guérison, car des réveils sont toujours possibles ; la meilleure preuve est que sur les pièces opératoires de néphrectomie nous trouvons très souvent côte à côte des lésions jeunes évolutives, qui, selon toute vraisemblance, viennent de révéler cliniquement la maladie et des lésions anciennes exclues et fermées qui, si on veut jouer sur les mots, sont, elles, des lésions « guéries ». C'est dire la fragilité de cette guérison spontanée. Ce qui est plus exact c'est que la tuberculose rénale évolue souvent par poussées.

Comme nous l'avons laissé entendre, nous sommes en matière de tuberculose rénale des interventionnistes. Mais y a-t-il vraiment une telle divergence entre interventionnistes et abstentionnistes ? Nous ne le pensons pas et nous estimons que le désaccord est plus apparent que réel. Essayons de nous expliquer. Le malentendu, selon nous, vient de ce que l'on confond le côté scientifique et le côté pratique de la question.

Au point de vue scientifique, il est certain que depuis une vingtaine d'années nous avons fait de grands progrès dans le dépistage des stades initiaux de la maladie. C'est à cause de cette précocité dans le diagnostic que la physionomie clinique actuelle de la tuberculose rénale peut paraître un peu différente de son aspect classique. A côté de la forme ulcéro-caséeuse à lésion extensive qui reste, il faut le souligner, la variété de beaucoup la plus répandue, nous découvrons maintenant assez souvent des « tuberculoses rénales à urines claires » avec des lésions minimes torpides, susceptibles sinon de guérir, du moins de sommeiller sans se propager, en un mot des lésions devant lesquelles on hésite à sacrifier un rein. *Mais il ne faut pas oublier la règle devant l'exception.*

Nous ne contestons pas que la notion de l'étape parenchymateuse ne soit pleine d'intérêt au point de vue doctrinal, mais nous ne considérons pas la tuberculose parenchymateuse comme une forme clinique vraie, ce serait plutôt *un stade préclinique* qui nous permet de donner une explication plausible à des faits qui naguère nous paraissaient obscurs, tels les cas des lésions bilatérales passagères, mais, répétons-le, ces atteintes parenchymateuses sont difficiles à mettre en évidence, nous les soupçonnons plutôt que nous les démontrons. Par ailleurs et toujours sur le terrain spéculatif, nos connaissances se sont enrichies de ce que nous ont appris les phtisiologues sur le cycle de l'infection tuberculeuse en général et il nous apparaît maintenant comme un leurre de considérer la tuberculose rénale comme absolument primitive dans l'organisme. Les classiques conceptions d'Albarran doivent donc être revisées, car elles étaient trop absolues. La tuberculose rénale est moins nettement primitive, moins nettement unilatérale, moins nettement chirurgicale, qu'on le pensait il y a quarante ans. Pour si intéressantes que soient ces notions nouvelles, il ne faut pas perdre de vue que c'est sur le terrain pratique que nous devons conclure.

Au point de vue pratique, toute la question est de savoir si nous devons continuer à faire systématiquement la néphrectomie dès le diagnostic posé, dans tous les cas de tuberculose unilatérale. Tout se résume à un point de définition : rejetant du cadre clinique les formes de début auxquelles nous avons fait allusion plus haut, il est bien entendu que nous ne considérons comme tuberculose rénale chirurgicale que la tuberculose ulcéro-caséeuse avec pyurie et déficience fonctionnelle du rein. Certes, il ne nous viendrait pas à l'idée d'enlever des reins dans lesquels on ne trouverait que quelques bacilles de Koch, sans polynucléaires ou avec de rares polynucléaires, en cela nous sommes d'accord avec les abstentionnistes. Mais nous nous séparons d'eux en ce que nous ne sommes pas d'avis de laisser « mûrir » la tuberculose rénale avant la néphrectomie, car la temporisation nous paraît en règle générale plus néfaste qu'avantageuse dans la tuberculose ulcéro-caséeuse avérée. Une observation de la thèse de Küss est particulièrement démonstrative à ce sujet, on constate de la pyurie sans cystite, avec bacilles de Koch dans l'urine du rein gauche et légère déficience uréique. La lombotomie montre que le rein et l'uretère semblent normaux, une néphrotomie ne décèle aucune lésion apparente et fait surseoir à la néphrectomie. Deux ans après, la pyélographie dessinait de nombreuses et grosses cavernes et l'ablation montrait un rein pyonéphrotique détruit presque entièrement. Où a été le bénéfice de l'attente ? Parfois, on croit devoir se reprocher d'être intervenu trop prématurément dans certaines formes de tuberculose récente qui ont après l'opération une évolution fâcheuse, mais encore resterait-il à prouver en pareil cas que l'abstention eût donné un meilleur résultat. Par contre, combien d'opérés gardent toute leur vie des troubles vésicaux qui en font de vrais infirmes, parce qu'ils ont été trop tardivement néphrectomisés. Combien aussi ont une altération profonde de leur état général, une atteinte de leur second rein, ou un autre foyer tuberculeux pour les mêmes raisons. Les maigres avantages que l'on peut assez rarement retirer de la temporisation sont loin de compenser les gros risques qu'on fait courir au malade. Dans l'immense majorité des cas, quand la tuberculose rénale se présente à nous, elle est déjà suffisamment évoluée et stabilisée pour qu'on intervienne sans arrière-pensée. *Notre principe formel est que tout rein tuberculeux présentant une pyurie avec déficience fonctionnelle appréciable doit être supprimé, à condition que le rein opposé soit reconnu indemne.*

Nous nous attachons autant que quiconque à vérifier aussi rigoureusement que possible l'intégrité du rein qu'on doit laisser, tant il est vrai que des deux reins c'est celui qu'on doit laisser qui mérite d'être reconnu avec le plus d'exactitude et nous ne pouvons admettre qu'on se contente pour cela de l'urographie intraveineuse, si le cathétérisme urétéral est possible. Nous avouons ne pas pouvoir comprendre comment certains urologues, les mêmes qui prêchent la temporisation à outrance et la néphrectomie tardive, viennent dire qu'ils se contentent pour les indications de la néphrectomie de l'urographie à l'exclusion du cathétérisme.

Nous ne voulons pas minimiser les travaux modernes qui nous ont apporté des idées intéressantes sur la tuberculose rénale et sur la place qui lui revient dans le cycle de la maladie tuberculeuse dans l'organisme, mais nous ne saurions y trouver une justification au principe de la néphrectomie tardive.

L'avenir nous apportera peut-être la solution que nous souhaitons : un traitement médical, efficace et radical de la tuberculose, alors nous renoncerons bien volontiers à sacrifier des reins qui ne sont touchés que dans une proportion réduite de leur parenchyme car, il faut bien le dire, une néphrectomie n'est qu'un pis aller quand elle supprime un rein qui conserve encore les 9/10 de son parenchyme intact, mais à l'heure actuelle, la néphrectomie reste le traitement par excellence de la tuberculose rénale dans sa forme commune et nous nous élevons vigoureusement contre la « néphrectomie tardive ».

(Travail du service d'urologie de l'hôpital Necker.)

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT DU MÉGAŒSOPHAGE

PAR MM.

P. HILLEMAND, SERVELLE, CHÉRIGIÉ et R. VIGUIÉ

(Paris)

Aucune maladie n'a reçu de dénominations aussi variées que le mégaœsophage : en effet, chaque auteur, à propos d'un ou de plusieurs cas, a cru bon de sanctionner sa tendance pathogénique par un terme nouveau et c'est ainsi qu'on a parlé de cardiospasme, de phrénospasme, de mégaœsophage, de dilatation idiopathique de l'œsophage, de rétrécissement cardiœsophagien. De tous ces termes, nous ne retiendrons que celui de mégaœsophage, et, nous en tenant au sens purement étymologique du mot, nous désignerons par ce terme *toutes les dilatations œsophagiennes quelle qu'en soit l'étiologie, quelle qu'en soit la pathogénie.*

Cette façon de voir peut heurter ceux pour qui le terme de mégaœsophage semblait réservé aux dilatations congénitales ou sans cause apparente, et excluait toute idée de dilatation sus-stricturale; mais nous savons maintenant qu'il est parfois impossible, même après un examen minutieux, d'affirmer la nature secondaire ou essentielle d'une dilatation, c'est pourquoi il nous paraît beaucoup plus simple de n'employer que le seul terme morphologique de mégaœsophage. Cette conception présente encore,

croyons-nous, l'avantage de rapprocher le mégaœsophage du mégaestomac, du mégaduodénum, du mégacôlon. A tous ces syndromes s'appliquent les mêmes théories pathogéniques, et, de fait, à propos du mégaœsophage, nous allons retrouver la classification pathogénique que l'un de nous a proposée pour le mégacôlon [1].

I. — Le mégaœsophage secondaire à une lésion organique.

Il existe d'authentiques mégaœsophages secondaires à une lésion organique œsophagienne. De ces lésions, 2 sont parmi les plus fréquentes.

D'abord le cancer du cardia ; nous possédons l'observation d'un malade porteur d'un mégaœsophage qui ne fut révélé qu'à l'autopsie. Ce fait est identique à celui rapporté par Bensaude et Guenaux. Il s'agissait d'un malade chez lequel notre maître avait porté le diagnostic de dilatation idiopathique, et où seule l'autopsie montra une lésion infiltrante néoplasique du cardia [2].

Ensuite les sténoses fibreuses du cardia ; pour ces dernières, la transformation fibreuse des tuniques de l'œsophage peut être primitive (ce sont les cas où l'on signale la présence d'une olive) ou secondaire à une lésion œsophagienne (ulcère, œsophagite corrosive, infectieuse, traumatique, etc.).

Ces faits sont difficiles à reconnaître et l'on n'est autorisé à parler de mégaœsophage secondaire que quand, après une infiltration splanchnique ou une inhalation de nitrite d'amyle, il n'existe pas de passage à travers le cardia.

Ils sont rares, quoiqu'on ait voulu en ces dernières années les généraliser : c'est ainsi que l'on a incriminé des brides, des vaisseaux anormaux, des voiles membraneux, voire même des organes hypertrophiés ou en position anormale comme le foie, la rate. Ces causes sont peut-être favorisantes, mais elles sont, à elles seules, incapables de créer un mégaœsophage, comme le prouve une observation rapportée par l'un de nous dans sa thèse [3].

II. — Le mégaœsophage congénital.

C'est Bard, qui, le premier, soutint l'hypothèse de la nature congénitale de l'affection. Pour lui, il s'agissait d'une malformation tissulaire portant essentiellement sur les tissus conjonctivo-élastiques, et il étayait son hypothèse par de nombreux arguments : coexistence du mégaœsophage avec d'autres dilatations d'organes cavitaires considérées comme congénitales, mégacôlon en particulier, absence de lésions constatées au niveau du cardia, échec presque constant de toutes les thérapeutiques tendant à ramener à des dimensions normales la poche ectasiée, dimensions de la dilatation elle-même qui seraient beaucoup plus importantes que dans les dilatations sus-stricturales.

Cette théorie ne s'applique qu'à un nombre restreint de cas et la constatation d'assez rares observations de mégaœsophages chez de jeunes enfants nous paraît être un élément important en sa faveur. Mais tous les arguments soutenus par Bard peuvent être discutés : il existe en effet de nombreux cas de mégaœsophages acquis ; la coexistence de mégaœsophage et de mégacôlon peut reconnaître une cause commune, nerveuse par exemple, comme nous l'avons observée chez une toxicomane. Et, pour notre part, nous croyons que, si dans le mégaœsophage il existe un facteur congénital, il ne s'agit pas le plus souvent d'un gigantisme viscéral, mais beaucoup plus souvent d'un dolichoœsophage qui dans le temps deviendrait un dolichomégaœsophage, puis un mégaœsophage, comme un dolichocôlon devient un dolichomégacôlon, puis un mégacôlon. Cet excès de longueur nous paraît jouer un grand rôle. N'est-ce pas pour y remédier que les malades s'ingénient à multiplier les manœuvres de déglutition ?

Fig. 1.



Fig. 2. — Même malade après opération de Heller et splanchnicectomie gauche.

III. — Mégaœsophages fonctionnels.

Mégaœsophages secondaires, mégaœsophages congénitaux n'englobent donc qu'un nombre restreint de faits. C'est pourquoi on a pensé pouvoir incriminer, pour expliquer les autres cas, un trouble fonctionnel de l'organe : on a d'abord invoqué un cardiospasme, puis un phrénospasme, mais la plupart des constatations anatomiques et nécropsiques vont à l'encontre d'une telle opinion. Puis, on a soutenu que l'atonie de la paroi œsophagienne constituait la lésion essentielle, ce qui semble incompatible avec l'hypertrophie de la musculature œsophagienne d'une part, et la longue persistance d'un péristaltisme œsophagien d'autre part.

C'est pourquoi la théorie de l'achalasie défendue en premier par Hurst nous apparaît comme la plus vraisemblable : elle explique la dilatation par défaut d'ouverture du sphincter cardiaque à l'acte de la déglutition, et l'impossibilité pour la musculature œsophagienne de vaincre le tonus du cardia : cette impossibilité est expliquée par la rupture du mécanisme coordinateur entre les ondes péristaltiques et l'ouverture du sphincter.

C'est dans une altération du système nerveux locorégional, d'où dépend cette coordination, qu'il faut chercher la cause du mégaœsophage.

A l'appui de cette théorie nerveuse du mégaœsophage s'inscrivent les observations de mégaorganes chez des toxicomanes publiées par l'un de nous.

Nous ne ferons que citer la première concernant un mégacôlon découvert chez un toxicomane, ayant complètement régressé au cours de la cure de désintoxication, pour réapparaître après reprise du toxique.

Notre second cas concernait une femme toxicomane depuis de longues années, dans un état lamentable dû à une dysphagie complète, secondaire à un mégaœsophage ; elle était porteuse par ailleurs d'un mégacôlon. Après désintoxication, la dysphagie disparut et aucun temps d'arrêt ne fut plus observé au niveau du cardia.

De ce fait, il faut rapprocher tout d'abord les observations de Worms et Leroux Robert secondaires à des intoxications par l'ypérite, et tous les cas de mégaœsophages associés à une maladie infectieuse, à des troubles endocriniens, à une avitaminose. Dans tous ces cas, il peut s'agir d'une atteinte soit fonctionnelle soit lésionnelle du système nerveux. Et si Etzel a signalé la fréquence de l'atteinte des plexus intramuraux d'Auerbach et Meissner, nous savons que la morphine agit comme un inhibiteur du para-sympathique, entraînant une diminution du tonus et une contracture sphinctérienne. Ainsi peut-on créer un groupe de mégaœsophages fonctionnels, mais de tels faits sont en réalité rares. Du point de vue radiologique, ils correspondent à un aspect spécial de mégaœsophages de dimensions moyennes, verticaux, fusiformes, se terminant par une extrémité effilée et présentant encore un certain tonus avec motricité péristaltique.

IV. — Les formes mixtes.

Les trois types pathogéniques que nous venons d'étudier sont rares sous cet aspect schématique et la grande majorité des cas reconnaît une pathogénie mixte. Entre les œsophages fusiformes fonctionnels que nous venons d'étudier et les grosses poches œsophagiennes atones avec un segment horizontal basculé sur le diaphragme (dolichomégaœsophages), il existe toutes les formes de transition.

Qu'il s'agisse d'un dolichoœsophage congénital, d'une dilatation sus-stricturale ou d'un mégaœsophage fonctionnel toutes ces formes sont réunies par un lien commun : dystonies intéressant l'innervation de l'organe et son appareil musculaire expliquant et la dilatation et le défaut d'ouverture du cardia, et dont la cause se trouve dans un trouble ou lésionnel ou fonctionnel du système nerveux locorégional.

Et cette pathogénie déjà complexe se trouve encore compliquée par toutes les causes accessoires que certains considéraient comme essentielles (voiles membraneux, voiles anormaux, adénopathie rétroaortique, etc.).

Déductions thérapeutiques.

Tout d'abord le traitement doit être étiologique et chez tout malade atteint de mégaœsophage, il faut chercher le trouble endocrinien, l'intoxication, etc. pouvant éventuellement engendrer la maladie.

Si la cause n'est pas déterminée, en dehors de la dilatation à la sonde à mercure, il n'existe que deux thérapeutiques du mégaœsophage : l'opération de Heller et les interventions portant sur le sympathique.

L'opération de Heller paraît donner d'excellents résultats que confirment toutes les statistiques ; seuls Oschner et Bakey signalent 20 pour 100 d'échec. Pour notre part, nous n'avons observé que deux échecs mais nous en connaissons plusieurs, et sans vouloir rien enlever au mérite de cette opération, nous pensons que les statistiques publiées doivent être reprises avec un plus grand recul. Le mégaœsophage évolue en effet par poussées entrecoupées de périodes d'accalmie qui peuvent gêner l'appréciation du résultat. Une question de technique peut également intervenir et nous croyons que, plus que la section de la couche musculaire, c'est l'énervation du cardia et la section de tous les filets nerveux arrivant à la partie inférieure de l'œsophage qui reste le point essentiel. Le caractère mécanique de l'opération de Heller passerait alors au second plan et celle-ci se rapprocherait des opérations portant sur le sympathique, ce qui affirmerait une fois encore l'importance de la théorie nerveuse du mégaœsophage. En tout cas, après une opération de Heller, le passage de la substance opaque se fait normalement à travers le cardia, alors que

1. Hillemand, Durand, P. et R. Valpas : A propos du mégacôlon. Le mégacôlon fonctionnel. *La Presse Médicale*, 1942, n° 35, 475.
2. Bensaude, Guenaux : *Revue de Médecine*, 1921.
3. Viguié : *Thèse de Paris* (*Legrand*, édit.), 1943.

le plus souvent l'œsophage reste encore dilaté.

Les infiltrations anesthésiques des splanchniques, en particulier du splanchnique gauche, donnent des résultats. Notre expérience porte sur 14 malades que nous avons pu suivre pendant plus de dix-huit mois.

Immédiatement, l'anesthésie splanchnique a un double effet : elle fait apparaître les contractions péristaltiques et raccourcit la durée du passage à travers le cardia. Cette amélioration de l'évacuation œsophagienne va, en général, de pair avec une amélioration fonctionnelle, sans que cette évolution parallèle soit toujours une règle. L'amendement fonctionnel amène une amélioration de l'état général avec une reprise de l'alimentation et augmentation rapide du poids. Tardivement, la durée de l'amélioration est variable.

Chez quelques malades, les infiltrations permettent d'améliorer les symptômes pendant la poussée et d'éviter ainsi l'intervention.

Chez d'autres, les rechutes sont fréquentes peu après la cessation du traitement et certains doivent être entretenus avec une infiltration toutes les trois semaines ou tous les mois. Toutefois, un de nos malades n'a pas été infiltré depuis quatre mois et va bien. Les cas les plus favorables nous semblent être ceux où il s'agit d'œsophages fusiformes du type fonctionnel. En tout cas, même en cas d'échec tardif, les infiltrations doivent toujours être tentées, car elles améliorent le malade du point de vue général et lui permettent d'affronter avec plus de chance l'intervention.

La splanchnicectomie gauche a été pratiquée chez 4 de nos malades ; chez 2 d'entre eux, les résultats immédiats ont été excellents, mais des rechutes se sont produites au bout de quelques mois ; chez les 2 autres, ils ont été nuls. Nos résultats paraissent corroborer ceux de Santy, Bérard et Balivet et nous croyons qu'il faut abandonner la splanchnicectomie isolée. Par contre, nous avons été frappés de l'amélioration fonctionnelle et anatomique obtenue par l'association de la section du splanchnique gauche et de l'opération de Heller. La double intervention a été faite chez 4 malades : trois fois après échec de la splanchnicectomie, une fois après échec d'une opération de Heller, que nous avions dû faire réopérer.

Chaque fois, nous avons noté non seulement une amélioration fonctionnelle, mais encore une régression importante et durable du diamètre œsophagien comme nous n'en avions jamais observé (fig. 1 et 2). Nous faisons toutefois une réserve à cause du recul insuffisant de ces interventions. Cette association semble compléter l'énervation de la partie terminale du conduit qui restait incomplète par l'une ou l'autre technique isolée. Cela expliquerait l'excellence des résultats, mais néanmoins cette succession de deux interventions reste un gros ennui pour le malade; c'est pourquoi une amélioration considérable serait apportée, s'il était techniquement possible d'accomplir en un temps la double intervention [4].

Mais mieux que la solution chirurgicale, l'emploi d'un sympatholytique électif serait la solution idéale, car elle assurerait sans intervention une section physiologique complète. C'est là un espoir que viendront réaliser, espérons-le, les progrès de la chimie moderne.

4. Nous croyons, en passant par voie postérieure et sous-péritonéale, qu'il est possible d'atteindre ce but.

A PROPOS DES LÉSIONS OSTÉOARTICULAIRES DE LA MALADIE DES CAISSONS

PAR MM.

Phélippes de la MARNIERRE et Antoine SALAÜN

(Brest)

Il ne semble pas qu'elles aient été décrites en France avant 1940, année de la thèse de M. Nicoulaud qui décrit une observation de lésion de la hanche chez un tubiste. En 1941, notre maître, M. Albert Mouchet, avait consacré, dans *La Presse Médicale*, un important article du mouvement chirurgical à ces lésions ; peu de temps avant nous avions fait paraître dans le *Journal de Chirurgie* une courte revue sur les complications osseuses et articulaires de la maladie des caissons avec 4 observations.

Depuis nous avons eu l'occasion de voir de nouveaux cas et avons pu suivre l'évolution des lésions de nos anciens malades, dont certains sont devenus des infirmes.

Il est admis que les lésions ostéoarticulaires reconnaissent la même origine que les autres accidents de la maladie des caissons : l'embolie gazeuse, l'azote semblant jouer le rôle principal.

En cas de décompression trop brusque, ou pour une raison qui nous échappe, les gaz dissous dans le sang passent dans la circulation, déterminant des embolies gazeuses pouvant obstruer les artères nourricières des os. Il s'ensuit des foyers de nécrose aseptique des extrémités osseuses évoluant vers l'arthrite chronique. Ces lésions sont surtout fréquentes au niveau des hanches, mais peuvent atteindre toutes les articulations, en particulier les épaules. Elles ont une évolution lente mais progressive, malgré le repos. Par des radiographies successives on peut suivre l'évolution des lésions qui revêtent l'aspect suivant : au début, l'épiphyse présente une ou plusieurs taches claires qui lui donnent un aspect pommelé, la corticale étant primitivement respectée. Peu à peu la nécrose osseuse s'accentue et il se forme de véritables vacuoles à limites nettes ; progressivement, le tissu osseux qui les sépare se raréfie et on assiste à une véritable fonte osseuse, la tête du fémur pouvant diminuer d'un tiers ou de moitié. En même temps ses limites s'estompent et deviennent irrégulières.

Ces malades accusent des douleurs persistantes avec gêne fonctionnelle souvent intense, raideurs ou même ankylose, atrophie musculaire, etc.

Nous avons eu l'occasion d'observer 3 nouveaux cas chez des tubistes, ce qui porte à 7 le nombre des malades que nous avons pu suivre pour ces lésions. L'observation de l'un de ceux-ci, que nous avons publiée dans le *Journal de Chirurgie*, nous avait été obligeamment communiquée par M. Canton, chirurgien des hôpitaux de la marine. Nous avons d'ailleurs été amenés à expertiser ce malade et nous pouvons, grâce à l'amabilité de M. Verré, radiologiste des hôpitaux de la marine, reproduire ses dernières radiographies (fig. 4, 5, 6, 7).



Fig. 1.



Fig. 2.

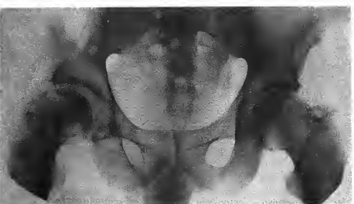


Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

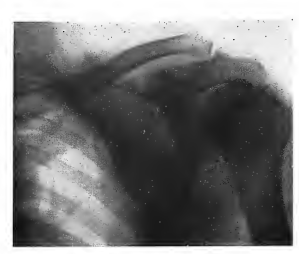


Fig. 6.

Voici les observations très résumées des 3 nouveaux malades que nous avons eu l'occasion d'examiner :

Observation I. — Le G... Francis, 31 ans. A travaillé dans les caissons, à Brest, de Septembre 1937 à Janvier 1939. Pendant cette période a subi plusieurs coups de pression avec douleurs dans les membres, et en particulier dans les membres inférieurs, qui l'ont obligé à interrompre son travail. Mobilisé en 1939, a été réformé en raison de sa boiterie.

Travaille actuellement comme contremaître. Marche en boitant en raison d'un raccourcissement de 2 *cm.* 5.

Amplitude des mouvements de la hanche nettement diminuée; la flexion, en particulier, dépasse à peine l'angle droit.

Douleur à la marche, douleurs spontanées surtout la nuit.

Vernes Σ : 0. Vernes résorcine : 14.

A la radiographie (fig. 1) la tête du fémur gauche apparaît diminuée de volume et semble trop petite pour la cavité cotyloïde ; elle présente deux foyers de nécrose.

Observation II. — C. Goulven, 27 ans. A travaillé dans les caissons, à Brest, un an et demi, de 1937 à 1939. Premier coup de pression en 1938. A quitté les caissons en Février 1939. Les douleurs articulaires de la hanche et du genou gauche ont débuté en Février 1940. A été soigné pour sciatique : radiothérapie, etc.

Actuellement légère boiterie, douleurs à la marche et douleurs nocturnes.

Pas d'atrophie, légère raideur de la hanche douloureuse.

A la radiographie (fig. 2) la densité de l'os est différente suivant les points considérés et il existe deux plages claires mal limitées. Le pourtour de la tête est irrégulier et déformé.

Vernes Σ : 0. Vernes résorcine : 24. Formule sanguine normale.

Observation III. — C... François, 33 ans. A travaillé à Brest, comme tubiste, de 1937 à Janvier 1939. Premier coup de pression le 27 Janvier 1939. Cesse son travail jusqu'en Mai 1939. Au début de Novembre 1939 apparaissent les premières douleurs au niveau de la hanche gauche qui depuis n'ont pas cessé. Envoyé au sanatorium de Kerpape pour coxalgie, ce diagnostic y est infirmé et le malade revient à l'hôpital de Brest.

Actuellement boiterie, raideur marquée de la hanche gauche. Atrophie de la cuisse : 4 *cm.*

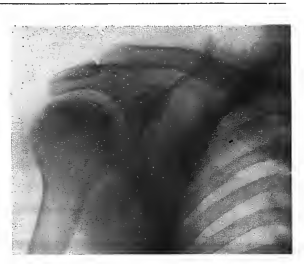


Fig. 7.

Vernes Σ : 0. Vernes résorcine : 70. Formule sanguine normale.

Radiographie (fig. 3) : tête diminuée de volume; zone nécrotique à la partie supéro-externe.

L'existence de ces lésions ostéoarticulaires dont l'évolution semble jusqu'ici n'avoir été modifiée par aucun traitement pose un important problème médico-légal. Il s'agit plus d'une maladie professionnelle que d'accident du travail ; quoi qu'il en soit ces infirmes, qui sont parfois incapables de tout travail, ont certainement droit à une juste réparation.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

6 Décembre 1943 [1].

Ferment. Anaferment. Antiferment. — M. Gaston Ramon. Sous l'action combinée du formol et de la chaleur agissant dans des conditions bien déterminées, la papaïne peut perdre ses pouvoirs toxique et enzymatique en conservant ses qualités immunisantes; elle peut donc se transformer en anapapaïne, qui provoque chez les animaux auxquels on l'injecte l'apparition d'une antipapaïne douée de propriétés floculantes et neutralisantes à l'égard de la papaïne. Dès aujourd'hui on peut donc conclure à la possibilité de la transformation d'un ferment tel que la papaïne en anaferment, lequel peut à son tour permettre d'obtenir chez l'animal un antiferment capable, indiscutablement, de neutraliser spécifiquement le ferment en cause dans sa fonction diastasique.

Cette nouvelle application du principe fondamental des anatoxines consacre l'intérêt de la découverte annoncée il y a 20 ans.

Sur une substance vasodilatatrice présente dans certains extraits de sang et d'exsudat. — MM. J.-L. Parrot et G. Richet.

Tolérance du cœur de souris et de rats vis-à-vis d'injections intracardiaques. — Mme N. Dobrovolskaïa-Zavadskaïa et Mlle E. Guberan.

13 Décembre.

Mode d'action du pentaméthylemetetrazol ou cardiazol sur les centres nerveux. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq. Il semble qu'en dehors de son action sur les muscles, le cardiazol exerce des effets complexes sur les centres nerveux. Les centres supérieurs, spécialement l'écorce cérébrale, sont déprimés, comme le montre l'augmentation de chronaxie corticale analogue à celle provoquée par les hypnotiques; par contre les centres inférieurs sont excités, conditionnant la variation de chronaxies périphériques inverse de la modification corticale.

Ces perturbations nerveuses déclenchées par le cardiazol sont identiques à celles du coma insulinique, rapprochement intéressant puisque la cure insulinique de Sakel a les mêmes indications thérapeutiques que la cure cardiazolique de von Meduno.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

11 Juillet 1944.

Rapport sur la conservation des confitures et des concrètes de fruits. — M. Tanon, au nom de la Commission des produits de remplacement, propose à l'Académie d'autoriser temporairement l'addition d'acide benzoïque ou salicylique aux confitures à la dose maxima de 1 g. par kilogramme, lorsque le logement du produit ne pourra pas être assuré dans les conditions habituelles; il demande à l'Académie de s'opposer à l'addition de tout antiseptique aux concrètes de fruits, étant donné qu'elles ne sont pas susceptibles de s'altérer lorsqu'elles sont bien préparées.

— Ces conclusions sont adoptées.

Les acquisitions récentes en matière de moyens spécifiques de lutte contre le tétanos: solution d'antitoxine tétanique, séro-anatoxithérapie. — M. G. Ramon, étant donné que les cas de tétanos sont actuellement nombreux et sévères, juge opportun de rappeler 2 acquisitions récentes permettant de lutter avec une efficacité de plus en plus grande contre cette maladie meurtrière : d'une part, la solution d'antitoxine tétanique qui, employée dans la prévention d'urgence du tétanos, ne présente pas les inconvénients du sérum antitétanique brut et ne provoque pas d'accidents sériques; d'autre part, la séro-anatoxithérapie qui, associant la sérothérapie et l'anatoxithérapie, permet de traiter avec le maximum de chance de succès les cas de tétanos.

Production du sérum antitétanique dans les circonstances actuelles. — MM. G. Ramon, Lemétayer, Nicol, Richou et Virat montrent que cette production a été complètement transformée par l'application de la vaccination antitétanique préalable des chevaux futurs donneurs de sérum et par l'emploi des substances stimulantes de l'immunité: on peut obtenir, après 4 à 5 semaines, des sérums titrant en moyenne 2.000 unités par centimètre cube, souvent 3.000 et parfois 4.000; on peut ainsi avec un effectif très réduit de chevaux satisfaire les grands besoins actuels.

Immunisation des enfants par le vaccin triple associé (antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique). — M. Ramon présente une note de MM. Sohier, Marchetti et Poulin qui ont utilisé chez des enfants une formule de vaccin associé triple, préconisée par Ramon et ses collaborateurs, et caractérisée par l'emploi de germes traités par le formol et introduits dans le mélange à des concentrations inférieures à celles employées d'abord; ils insistent sur l'innocuité de ce vaccin et sur le peu d'importance des réactions vaccinales qui ont été courtes et d'autant moins fortes que les enfants étaient plus jeunes; les données statistiques qui devront être complétées semblent indiquer que ce vaccin confère une immunité satisfaisante.

Sur les vaccinations effectuées à l'aide du vaccin triple associé. — M. Ramon présente une note de MM. Besson et Giraud qui rapportent les résultats de vaccinations effectuées dans la région parisienne au cours des derniers mois ; 129.000 injections d'anatoxine mixte diphtérique-tétanique et 28.000 injections du vaccin triple associé de Ramon ont été faites; aucun incident ou accident n'a été enregistré et en particulier les réactions après le vaccin triple associé ont toujours été bénignes et d'ailleurs exceptionnelles. L'emploi de ce vaccin pourrait supprimer maintes préventions à l'égard de vaccinations que les circonstances rendent de plus en plus nécessaires.

Considérations sur les vaccinations associées. — M. G. Ramon, à propos de 2 communications précédentes, insiste sur l'innocuité des vaccinations associées, même chez l'enfant soumis aux restrictions et que l'on pouvait considérer comme en état de moindre résistance et doué d'une sensibilité excessive à l'égard des injections vaccioales; cette innocuité avait déjà été prouvée par l'application de la méthode sur près d'un million de sujets dans l'armée française. Si comme l'auteur n'a cessé de le demander, appuyé par l'Académie de Médecine, on avait appliqué la méthode effectivement et en temps voulu, on n'aurait pas à déplorer la recrudescence de la diphtérie et des infections typhiques et une forte proportion de la population serait à l'abri des risques du tétanos résultant des bombardements.

Nouvelles recherches sur la corylophiline. — MM. Levaditi, Pénau, Bonet-Maury et Pérault montrent que la corylophiline paraît être élaborée par des espèces différentes de champignons; son mode d'extraction et de purification, sa destruction sous l'influence de la digestion trypsique, le fait qu'elle ne dialyse pas, sa nature thermolabile tendent à lui conférer une constitution analogue à celles des protides; tout porte à croire qu'il s'agit de supports protidiques à fonctions enzymatiques (pouvoir microbicide, potentiel d'oxydation et de destruction de glucose).

Dangers de l'inhalation du gaz carbonique pur. — M. Léon Binet et Mlle Poutonnet montrent qu'à côté de son action excito-respiratoire, l'inhalation de gaz carbonique déclenche une hypotension; la défaillance circulatoire peut être mortelle avec une inhalation de gaz carbonique pur d'une durée de 20 secondes; il est nécessaire de diluer le gaz carbonique avec de l'oxygène et il faut proscrire l'inhalation du gaz pur.

Le sens thermique chez les parasites des homéothermes. — M. Tréfouël présente une note de MM. Nicolle et Granier qui montrent que ce sens est chez les parasites un élément primordial de l'orientation vers l'hôte et qu'il relègue sur un plan accessoire les autres facteurs sensoriels; la lutte rationnelle contre les parasites implique une connaissance exacte des lois qui régissent le déterminisme parasitaire et, en particulier, le thermotropisme.

Sur le contrôle des caoutchoucs artificiels. — M. Griffon montre la nécessité d'un contrôle permanent de la composition des caoutchoucs artificiels qui peuvent comporter des substances susceptibles d'être toxiques, lorsque ces caoutchoucs servent à fabriquer des objets devant être en contact avec les matières alimentaires, comme les tétines de biberon.

Action de l'acide nicotinique dans le traitement général du glaucome chronique. — M. J. Gallois a constaté que cet acide, même en ingestion et à des doses très faibles voisines de 3 cg., est actif sur la tension de l'œil normal; il peut aussi améliorer le champ visuel et l'acuité dans certains cas de glaucome chronique et abaisser dans des proportions souvent très importantes la tension de certains yeux, même en l'absence de collyres myotiques.

Sur le danger des baignades en eaux polluées. — M. Kling a constaté que du fait de la suppression de la filtration et de la javellisation, les eaux alimentant la plupart des piscines et des baignades en rivières dans la région parisienne sont fortement polluées; peut-être est-ce une des causes de la recrudescence actuelle des cas de fièvre typhoïde; des mesures efficaces s'imposent d'urgence.

La capacité respiratoire du sang dans l'asthme infantile et l'action des cures thermales de La Bourboule et de Saint-Honoré. — MM. Polonovski, Santenoise, Briskas, Cartier, Pelou et Stankoff.

Acide acétyl-salicylique et maladie chronaxique. — MM. Mouriquand et Coisnard.

Sur un champignon nouveau: « Scopulariopsis amara », provoquant l'amertume de certains fromages. — MM. A. et R. Sartory.

26 Septembre.

Allocution de M. Brouardel, vice-président.

Notice nécrologique sur M. Trillat. — M. Tréfouël.

Rapport au nom de la Commission du lait. — MM. Lesné et Ribadeau-Dumas, rapporteurs, concluent : 1° à l'abrogation du décret imposant la vente exclusive du lait standard, écrémé à 30 pour 1.000; 2° à la nécessité de ne pas écrémer le lait, qui doit rester naturel et complet, dont le taux butyreux doit être au minimum de 35 pour 1.000; 3° à la livraison, dès que possible et avant tout aux enfants et aux malades des collectivités urbaines, de lait pur, frais, propre ayant subi une pasteurisation contrôlée et transporté dans des récipients stériles et réfrigérés; 4° à l'application d'urgence des lois et décrets sur le contrôle sanitaire du lait.

Vaccination contre le tétanos au moyen de l'anatoxine durant la guerre. — M. G. Ramon expose que cette vaccination, obligatoire dans l'armée française depuis 1936, a été adoptée au cours de la présente guerre dans les armées améri-

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

caine et anglaise; dans l'armée américaine, la vaccination est pratiquée suivant la technique de Ramon et Zeller : 3 injections de 1 cm^3 à 3 semaines d'intervalle, une injection de rappel chaque année; dans le cas d'une blessure chez un vacciné, on ne fait pas de sérum, mais une injection de rappel d'anatoxine. Les résultats concordent avec ceux acquis auparavant en France; ils prouvent à l'évidence, et dans les conditions les plus rigoureuses, la grande efficacité de la vaccination par l'anatoxine.

Bec-de-lièvre et syphilis. — MM. Veau et Turpin n'ont trouvé parmi les sujets atteints de bec-de-lièvre qu'une proportion très faible (4 pour 100) de syphilis avérée. Sur 46.000 accouchements à Baudelocque, on a relevé 34 enfants ayant un bec-de-lièvre; un seul d'entre eux était né d'une mère syphilitique, tandis que le nombre total des mères syphilitiques était de 1.923. Le traitement prophylactique est peu efficace et la preuve en est dans la fréquence du bec-de-lièvre chez les enfants dont les parents atteints de la même malformation ont subi un traitement intensif. Le bec-de-lièvre s'observe, d'autre part, dans de nombreuses espèces animales chez qui la syphilis ne peut être invoquée.

Ces faits sont peu en faveur de la théorie syphilitique du bec-de-lièvre, dont la théorie génétique semble la plus vraisemblable.

Etiologie des accidents de la dent de sagesse. — M. Herpin montre que les accidents de la dent de sagesse sont sous la dépendance des mêmes conditions étiologiques que ceux de la dentition temporaire; le défaut de parallélisme dans l'évolution des éléments du système masticateur détermine un manque de place entre la 2e molaire et la branche montante; lorsqu'il n'est pas compensé par une déviation en dedans de l'arcade, la dent n'a pas la place nécessaire à son évolution, d'où la possibilité de réactions entraînant des accidents beaucoup plus graves que ceux de la dentition temporaire.

Actinomycose à foyers multiples et à terminaison méningée et septicémique. — Étude d'un actinomycès nouveau. — MM. A. et R. Sartory et Verdue.

3 Octobre.

Notice nécrologique sur M. Desbouis. — M. Ameuille.

A propos du secret médical. — M. N. Fiessinger expose que de nombreux médecins, fidèles à leur devoir et respectueux du droit de ceux qui se confient à leurs soins, ont, malgré les risques d'emprisonnement ou de mort, maintenu le secret absolu au sujet des personnes, des circonstances ou des maladies de ceux qu'ils devaient dénoncer à l'autorité allemande. L'Académie de Médecine qui, à de nombreuses reprises, a défendu le principe du secret médical quand il est compatible avec les mesures sociales préventives nécessaires en cas de maladies contagieuses, se doit de souligner la courageuse attitude de ces médecins qui, dans leur mode infiniment noble de résistance, ont fait leur devoir.

Traitement des lupus tuberculeux et des tuberculoses cutanées par la vitamine D2. — M. Gougerot présente une note de M. J. Charny (de Dijon) qui montre que la thérapeutique si difficile des lupus tuberculeux a été transformée par la vitamine D, en solution alcoolique à très grosses doses (375 mg. en 5 mois) qui possède une activité quasi spécifique; l'analyse de méthodes photothérapiques anciennement connues faisait pressentir cette activité; les essais cliniques ont permis de fixer empiriquement une technique très simple de traitement aboutissant dans la majorité des cas et sans aucun accident à une guérison anatomique et clinique durable des lésions lupiques; cette méthode est vraisemblablement susceptible d'applications plus étendues.

Rôle effectif et éducatif de l'Œuvre Grancher. — M. Armand-Delille rappelle le développement progressif de l'Œuvre Grancher et insiste sur son rôle éducatif, en dehors de son rôle direct qui supprime presque totalement l'apparition de la maladie chez les enfants des tuberculeux contagieux. Actuellement, la méthode de Grancher est pratiquée chez 80 pour 100 des enfants surveillés par les dispensaires antituberculeux de Paris et de la Seine ou par les Assurances sociales; seul, le refus des parents empêche qu'elle soit appliquée à la totalité; il reste à faire l'éducation d'une partie du public, ce qui dépend des assistantes sociales.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

18 Octobre 1944.

Décès du Professeur agrégé Wilmath. — M. le Président annonce la mort du professeur Wilmoth et prononce l'éloge du défunt.

De l'emploi de la pénicilline. — M. Lagro. M. Roux-Berger, rapporteur. Produit encore très rare, la pénicilline, extraite du *Penicillum notatum* par le Prof. Fleming a été utilisée surtout dans les plaies de guerre, notamment au cours des campagnes de Tripolitaine et de Tunisie. Ce produit, d'une toxicité presque nulle, résiste mal aux antiseptiques habituels, aussi ne doit-il être utilisé qu'en dehors de l'usage de ceux-ci. Inversement l'association de sulfamides est souvent heureuse. Deux formes pharmaceutiques sont actuellement utilisées, la forme liquide, la forme comprimée, préparées aseptiquement. Extrêmement soluble, la pénicilline doit être administrée à doses réfractées. Toutes les deux heures, par exemple, on peut user de doses correspondant à 10.000 unités, jusqu'à une dose totale de 100 à 200.000 unités. On ne doit craindre aucun accident. Parfois cependant l'effet est nul; on a décrit, en effet, chez certains sujets, une pénicillo-résistance due à une pénicillase qui détruirait la pénicilline. L'effet de cette substance est spécialement net sur tous les microbes habituels de la suppuration: staphylocoques, streptocoques, sauf le viridans, méningocoques, gonocoques. L'entérocoque et le colibacille seraient très résistants, peut-être à cause de l'action antipénicillienne des sécrétions intestinales.

Toutes les indications maintenant classiques des sulfamides sont celles de la pénicilline. Mais les résultats de son emploi sont nettement supérieurs. Elle permet en effet la suture primitive des délabrements musculaires, correctement traités par excision chirurgicale; elle autoriserait même dans les gangrènes gazeuses un traitement conservateur. En somme son emploi est recommandé dans tous les cas de plaies de guerre, sauf peut-être dans les plaies de l'abdomen.

— M. Cadenat cite un cas de staphylococcie maligne guéri par la pénicilline.

— M. Ameline a eu un succès temporaire en traitant une ostéomyélite aiguë.

Luxation obturatrice double de la hanche — MM. Guénin et Prochiantz. M. Petit-Dutaillis, rapporteur. Cette observation est très rare, mais le mécanisme en paraît surtout intéressant : le blessé a subi une force considérable alors qu'il se trouvait penché en avant, les cuisses en abduction. Il est exceptionnel de rencontrer des formes bilatérales.

Deux cas de traumatisme cranio-cérébraux intéressant les sinus frontaux. — M. Logeais (Quimper) a traité ces 2 malades par l'excision large de la muqueuse du sinus selon la technique décrite par M. Petit-Dutaillis. Les résultats ont été heureux.

Un cas de volvulus aigu du cæcum. — MM. Guénin et Crépin. M. Petit-Dutaillis, rapporteur. Très intéressante, cette observation soulève la question du mécanisme de ces volvulus.

Fistule gastro-jéjuno-colique par ulcère peptique du jéjunum. — M. Joyeux a fait une gastro-jéjuno-colectomie. Le dernier temps emporta le malade. M. Sénèque, rapporteur, pense que les gastro-entérostomies doivent céder la place très souvent aux gastrectomies en 2 temps dont la technique a été réglée de façon satisfaisante. On discute ensuite de l'exérèse en bloc des fistules gastro-jéjuno-coliques. L'opinion générale est qu'il vaut mieux extérioriser les bouts coliques et remettre à plus tard la fermeture d'anus. Certains discutent ensuite de l'usage de l'entérotome pensant qu'il ne doit être employé que par le chirurgien qui a fait la colostomie.

Ulcère peptique jéjunal perforé. — M. Le Gac. Gastrectomie et jéjunostomie d'emblée; guérison. Il s'agit d'un ulcus peptique secondaire à une gastro-entérostomie. La gastrectomie avec jéjunostomie a donné un succès très rare.

— M. Sénèque insiste sur le fait qu'une suture est impossible.

— M. Huet a réussi 3 fois une suture d'ulcère peptique perforé.

Présentation de malade. — MM. Lortat-Jacob et Mathey montrent un malade opéré de cancer de l'œsophage thoracique. Les temps ont été les suivants: jéjunostomie, pneumothorax gauche, ablation de la tumeur par voie intercostale, rétablissement de la traversée œsophago-gastrique par anastomose directe au bouton de Murphy, fermeture de la bouche jéjunale.

J. CALVET.

SOCIETE DE BIOLOGIE

14 Octobre 1944.

Réflexe plantaire et chronaxie dans les premières heures après la naissance chez l'homme. — MM. G. Bourguignon et P. Milliez ont étudié les variations des chronaxies des extenseurs et des fléchisseurs des orteils après la naissance et soulignent les rapports de ces variations avec celles du réflexe plantaire, double à la 30e minute (flexion suivie d'extension), puis en extension à gauche, enfin en extension des deux côtés chez les 4 enfants étudiés.

Action de la diélectrolyse transcérébrale de quelques ions sur la circulation réthinienne. — MM. G. Bourguignon et P. Bailliart.

Recherches chronaximétriques sur l'excitabilité de la vésicule séminale. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard.

Intérêt du dosage couplé du phosphore minéral et de l'activité phosphatasique du sang pour le diagnostic différentiel des ictères. — MM. H. Gounelle et J. Marche.

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

21 Juillet 1944.

Sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville). Extirpation d'une tumeur paraventriculaire (neurinome central). Guérison. — MM. J. Lereboullet, P. Puech et P. Bernard rapportent la suite de l'observation présentée en Février 1944 par MM. R. Degos et J. Lereboullet. Le malade, qui a présenté secondairement un syndrome d'hypertension intra-cranienne, a été opéré par P. Puech qui a pu extirper par voie frontale gauche un volumineux kyste paraventriculaire, avec tumeur murale du volume d'une noix (neurinome). Le malade est actuellement guéri. Les auteurs pensent que malgré l'apparente multiplicité des tumeurs dans la sclérose tubéreuse, une intervention chirurgicale peut être tentée avec succès. La nature histologique de la tumeur l'apparente aux tumeurs de la maladie de Recklinghausen et est un argument de plus qui permet de rapprocher la sclérose tubéreuse de cette dernière maladie.

Lèpre aiguë cutanée récente. — M. Flandin relate l'observation d'un jeune Hindou de 28 ans, qui, mobilisé il y a 2 ans et indemne apparemment de lèpre à ce moment, a séjourné successivement en Irak, en Iran, en Lybie et finalement dans un camp de prisonniers allemands. Depuis 4 mois il présente une poussée aiguë de lèpre cutanée, avec bacilles de Hansen dans les éléments cutanés, la sécrétion nasale et le sang.

S'agit-il d'une lèpre nerveuse ayant passé inaperçue, puis réchauffée par les fatigues ? Ou bien cette lèpre a-t-elle été contractée en Irak ou en Lybie ? Il est difficile de le dire.

Collapsus cardio-vasculaire chez un hypertendu. Guérison par la cortine de synthèse. — M. Maurice Dérot apporte 1 cas d'hypertension permanente brusquement compliquée d'accidents de collapsus cardio-vasculaire, avec tension artérielle imprenable, anurie et coma, ayant guéri en 4 jours sous l'influence d'un traitement opothérapique associé à la rechloruration. A propos de cette observation l'auteur passe en revue les faits analogues et discute l'opinion émise par certains auteurs, opinion suivant laquelle un même processus de tuberculose surrénale pourrait successivement se manifester par des accidents hypertensifs, puis par des accidents d'hypotension.

Un nouveau cas d'hypertension artérielle paroxystique liée à un paragangliome surrénal gauche. — MM. J. Lenègre, J. Scheid et R.-H. Martin. Il s'agit d'un cultivateur de 57 ans dont les crises hypertensives, particulièrement fréquentes et graves, ont guéri après la surrénalectomie gauche qui a permis de retirer un paragangliome de 38 g. riche en adrénaline. A propos de cette observation, les auteurs signalent un symptôme utile au diagnostic d'hypertension paroxystique qu'ils ont observé dans 2 autres cas : le ténesme vésical. Ils soulignent aussi la valeur localisatrice de la pyélographie par voie descendante et la gravité du collapsus artériel opératoire ou post-opératoire, justiciable d'une thérapeutique préventive (injections continues d'adrénaline).

Nouveaux syndromes cutanéo-muqueux d'avitaminose C : glossites dépapillantes, diminution des sécrétions salivaire et sudorale, Onyxis. — M. R. Degos a rapporté des observations de glossite dépapillante avec sécheresse de la bouche et glossodynie, de diminution des sécrétions sudorale et sébacée, d'altérations unguéales (koïlonychie, etc.), coexistant avec une carence accentuée en vitamine C et ayant guéri par l'acide ascorbique. Ces manifestations cutanéo-muqueuses vont habituellement de pair avec une hypochlorhydrie gastrique. Ce tableau rappelle par bien des points celui de l' « anémie hypochrome achylique », mais, comme le souligne l'auteur, il n'y avait dans les cas observés par lui ni diminution notable des globules rouges, ni abaissement du taux de l'hémoglobine (valeur globulaire augmentée), et les symptômes cutanéo-muqueux ont guéri par l'acide ascorbique seul, sans médication martiale ni extrait hépatique.

Syndrome méningé survenant au 9e jour d'une péritonite à pneumocoques traitée par les sulfamides. Rôle probable de la chimiothérapie. — MM. Fred Siguier, R. Tricot et A. Girauld. Une jeune fille de 18 ans est opérée d'urgence pour un syndrome abdominal aigu qui se révèle être une péritonite à pneumocoques. Un traitement par les sulfamides est institué immédiatement : 1162 F en poudre localement et sulfamides par voie parentérale, suivi d'une évolution locale et générale favorable.

Le 9e jour de ce traitement apparaissent simultanément, sans recrudescence fébrile, un érythème morbilliforme généralisé et un syndrome méningé des plus net. Le liquide céphalo-rachidien est de formule normale et rigoureusement stérile. En revanche, il a été noté à l'examen du fond d'œil une dilatation transitoire des vaisseaux rétiniens et particulièrement des veines, fait qui, joint à l'action immédiatement favorable de la ponction lombaire, permet de faire jouer aux phénomènes congestifs et œdémateux un rôle prépondérant dans la genèse de ce syndrome méningé du 9e jour dont l'évolution a été aussi fugace que celle de l'érythème apparu simultanément et qui reste un accident rare de la sulfamidothérapie.

4 Août.

Remarques sur le tableau clinique et l'évolution de l'hypertension paroxystique d'origine surrénale. — MM. C. Lian, Fred Siguier et A. Giraud rapportent 2 observations personnelles d'hypertension artérielle paroxystique d'origine surrénale. Les auteurs soulignent le caractère démonstratif des grandes crises où les phénomènes douloureux accompagnés de pâleur des téguments commencent par les membres inférieurs pour gagner ensuite le thorax, les membres supérieurs et enfin la tête. Dans leurs premières observations (médullo-surrénalome) elles ont permis le diagnostic par le seul interrogatoire.

Leur 2e observation les conduit à décrire une nouvelle forme clinique d'hypertension artérielle paroxystique d'origine surrénale mais non tumorale (surrénale gauche nettement hypertrophique dont l'ablation fit disparaître tous les troubles).

Ils soulignent enfin le danger du collapsus post-opératoire (50 pour 100 environ des cas publiés) entraînant une mortalité d'environ 25 pour 100. Ils montrent que chez ces malades le collapsus peut survenir spontanément en dehors de toute intervention ou pour des traumatismes sans rapport avec la surrénalectomie (accouchement, avulsion dentaire, etc.). Ce collapsus paraît attribuable à une grande instabilité vasomotrice, déterminant des dénivellations soit hyper-, soit hypotensives, qui paraissent en rapport avec la défaillance du mécanisme régulateur vasomoteur, faussé, annihilé par les brutales décharges adrénaliniques. Néanmoins, l'évolution fatale de l'hypertension paroxystique rend inévitable l'intervention curatrice, dont les progrès de la technique sont appelés à diminuer la gravité.

Remarques sur la technique et les suites opératoires immédiates des interventions surrénaliennes dans les hypertensions artérielles paroxystiques. — MM. C. Lian, H. Welti et Fred Siguier rapportent 2 observations d'hypertension artérielle paroxystique traitées par surrénalectomie et suivies, l'une de guérison fonctionnelle parfaite, sans incidents opératoires, l'autre d'un collapsus post-opératoire avec hémiplégie et mort.

A propos de ce dernier cas, les auteurs insistent sur la fréquence des déséquilibres tensionnels imprévisibles enregistrés au cours des surrénalomes. Ils doivent inciter, avant l'intervention, à rejeter la rachi-anesthésie; au cours de l'intervention, à se ménager un jour suffisant par résection de la 12e côte; à renoncer à la splanchnicectomie préalable; à résister à la tentation d'énucléer la tumeur au doigt; à réduire au minimum les manœuvres opératoires; à conserver la surrénale si elle peut être séparée de la tumeur; à se tenir prêt, au cours même de l'intervention ou sitôt après, à pratiquer transfusion de sang, injection intraveineuse de cortine ou d'acétate de désoxycorticostérone et de sérum adrénaliné. Le collapsus, malgré la complication redoutable qu'il constitue, ne doit, en aucun cas, faire hésiter à pratiquer une intervention qui s'avère comme le seul traitement curatif.

Il y a lieu d'espérer d'ailleurs que, grâce aux mesures précitées et à la précocité des interventions chirurgicales, le pourcentage de mortalité de celles-ci décroîtra rapidement.

Diagnostic radiologique de la forme et des dimensions des 2 capsules surrénales dans les hypertensions paroxystiques. — MM. C. Lian, M. Marchal et Fred Siguier. Il est important, pour réduire les manœuvres génératrices de brusques dénivellations tensionnelles, de localiser avant l'opération le siège de la tumeur surrénale. Rappelant les résultats radiologiques obtenus après aortographie ou pneumopéritoine, les auteurs rejettent la méthode dangereuse du pneumorein, exposent l'étude critique de la pyélographie et préconisent une méthode personnelle utilisant, après forte compression abdominale, une simple téléradiographie à 1 m. 50 en expiration. A condition que le rayon normal incident soit bien tangent au pôle supérieur des surrénales, on obtient normalement une belle image des 2 glandes. Leur contour dessine « un ovale radiologique » dont l'intégrité ou l'altération présente un grand intérêt diagnostic. Dans les 2 observations rapportées par les

auteurs, cette méthode permit non seulement de préciser le côté en cause, mais de prévoir l'existence, dans le 1er cas, d'une importante tumeur surrénale gauche; dans l'autre, d'une hypertrophie simple de la surrénale gauche et ces conclusions furent confirmées par l'intervention. Cette nouvelle technique radiologique mérite donc d'être appliquée dans toutes les affections surrénales.

Mammite chronique simulant une tuberculose pulmonaire. — M. P. Jacob montre le cliché thoracique d'une femme de 30 ans dont la base droite diminuée de transparence présente un aspect marbré non homogène. Cet aspect est dû à la projection sur la clarté pulmonaire d'un sein atteint de mamite chronique d'origine hormonale (hyperfolliculinie prémenstruelle probable).

Un nouveau cas de paralysie cubitale des cyclistes. — MM. Jean Lereboullet et G. Aubonnet relatent un nouveau cas de la paralysie cubitale des cyclistes décrite, en 1940, par G. Guillain, Bourguignon et Mlle Corre. Ils soulignent le rôle étiologique d'un double facteur: course de longue durée et porte-bagage lourdement chargé à l'avant. Cette affection est curable mais entraîne une incapacité de travail de plusieurs semaines. L'intensification actuelle du ravitaillement à bicyclette aura vraisemblablement pour conséquence l'apparition d'assez nombreux cas semblables.

Statistique sur la fréquence actuelle des congés administratifs pour tuberculose pulmonaire. — M. Fernand Benoist. Pour l'ensemble des 60.000 fonctionnaires du ministère des Finances, le nombre des agents bénéficiant chaque année de congés pour tuberculose, en 1937, 1938, 1941, 1942 et 1943 inclus, présente une augmentation considérable, surtout depuis l'an dernier. En 1941, 89 cas nouveaux; en 1942, 108 cas nouveaux; en 1943, 145 cas nouveaux. L'augmentation porte essentiellement sur les hommes et, avec une proportion sensiblement égale, se retrouve à tous les âges. Le nombre des cas nouveaux passe, en effet, entre 1941 et 1943 : de 15 à 26, de 20 à 29 ans; de 29 à 45, de 30 à 39 ans; de 30 à 48, de 40 à 49 ans; de 8 à 18, de 50 ans et plus. Pour mémoire, les chiffres de 1937 étaient de 21, 30, 20, 5.

Il n'est pas douteux que la fréquence des cas décelés tient aux conditions de la vie actuelle et à la sous-alimentation, mais il est vraisemblable que le nombre croissant des cas dépistés et des congés ainsi proposés tient aux investigations méthodiquement poursuivies avec l'aide des médecins phtisiologues agréés et des médecins des dispensaires de l'O.P.H.S.

29 Septembre.

Leucolyse massive et passagère, après une transfusion, chez un leucémique. — MM. Ch. Aubertin, Pierre Hébert et Reinert ont observé, chez une enfant atteinte de leucémie leucoblastique subaiguë hémorragique à forme splénique, après une transfusion de 200 cm^3, une chute considérable du chiffre leucocytaire (de 870.000 à 3.400), chute portant sur les éléments leucoblastiques seulement et sans diminution des hématies; en même temps la rate diminua considérablement de volume et l'état général s'améliora manifestement. Quelques jours après la rate augmenta de nouveau de volume et l'état leucémique du sang reparut. Une seconde transfusion, avec le sang du même donneur, sembla produire, moins nettement et avec un peu plus de retard, une nouvelle baisse du chiffre leucocytaire. L'évolution fatale ne semble pas avoir été modifiée par les 2 crises leucolytiques passagères.

Asthénie musculaire douloureuse d'effort, manifestation persistante et quasi isolée, dans un cas d'oxycarbonisme chronique professionnel. Action de la lactoflavine. — MM. Marcel Perrault, J.-B. Bouvier et Ch. Sors ont observé chez un chauffeur d'autobus à gazogène une sensation persistante de fatigue, qui, à l'analyse, se révélait comme une véritable asthénie musculaire avec douleurs sourdes, crampoïdes, siégeant aux lombes, aux cuisses et aux mollets, avec, sur un fond permanent de semi-impotence et de douleurs sourdes, de véritables crises d'effort, lors du passage à la station debout et à la marche. La profession et l'allure des phénomènes musculaires firent soupçonner un oxycarbonisme chronique que confirma l'analyse du sang (1 cm^3 de CO pour 100 au lieu du taux maximum normal de 0 cm^3 40). Pensant à un trouble de l'utilisation des glucides par le muscle, on donna *per os* de la lactoflavine (18 mg. par jour), portion spécifique de la vitamine B., aves un succès remarquablement rapide.

Pronostic du cancer de l'estomac diagnostiqué et opéré au début. — MM. R.-A. Gutmann, Guy Albot, I. Bertrand et Mme Parturier-Lannegrace apportent les résultats éloignés des gastrectomies faites sur des cancers gastriques décelés précocement à l'aide de la méthode radio-clinique préconisée par R.-A. Gutmann. Il s'agit : 1° de cancers primitifs, soit classiques, mais d'une taille encore très limitée (1 *cm.* de diamètre au plus), soit superficiels, *in situ*, c'est-à-dire limités à une transformation de la muqueuse seule; 2° d'ulcères dont on a pu déceler la transformation à ses stades initiaux, *in situ*.

Sur 21 cas de cancers au début opérés avant la guerre, 2 sont morts de récidives, mais l'un avait un ganglion envahi et l'autre était un « petit cancer », mais non un « cancer au début »; 3 n'ont pu être retrouvés; 2 ont succombé à une affection intercurrente; tous les autres sont bien portants. D'autre part, 12 malades opérés pendant la première moitié de la période ayant suivi le début de la guerre sont tous en bon état après 2 ans.

Employée avec bon sens et prudence, la méthode radio-clinique évite toute opération inutile et injustifiée ainsi que toute perte de temps.

13 Octobre.

Silicose radiologiquement évolutive plusieurs années après la cessation du travail dangereux. — MM. M. Duvoir, G. Poumeau-Delille et Fabiani relatent l'observation d'une sableuse sur métaux qui en 1938 a une image de miliaire caractéristique d'une silicose. Elle cesse son métier et ne respire plus jamais de poussières de silice. 6 ans plus tard, sans aucun trouble fonctionnel ni général, l'image radiologique est profondément modifiée: les 2 champs pulmonaires sont le siège de plusieurs opacités assez étendues que viennent bien préciser des tomographies.

Les auteurs discutent l'existence d'une silicose pure ou d'une silico-tuberculose.

— M. Ameuille insiste sur le caractère évolutif de la silicose. L'affection continue à évoluer bien longtemps après la cessation du métier dangereux, cette évolution pouvant ne se traduire que par de simples signes fonctionnels.

Cirrhose pigmentaire avec diabète, précédée par de l'impuissance génitale post-ourlienne sans orchite. Amélioration parallèle du diabète et de la pigmentation par le seul traitement insulinique. — MM. P.A. Carrié et Marcel Perrault rapportent une observation qui se rapproche de celle présentée par M. de Gennes à la séance précédente. Mais, d'une part, l'étiologie ourlienne pose, en l'absence d'orchite, le problème d'une origine hypophyso-tubérienne de l'impuissance génitale. D'autre part, le seul traitement insulinique a déterminé la dépigmentation parallèlement à la correction du diabète, alors que ni l'hépatomégalie ni l'impuissance n'étaient modifiées. Dans d'autres cas de diabète bronzé, les auteurs ont d'ailleurs noté des résultats identiques quant à la dépigmentation. Sous le couvert d'une insulinothérapie convenable, la cirrhose pigmentaire a un pronostic beaucoup moins mauvais qu'il n'est classique de l'admettre.

Hémopéritoine spontané au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. J. Cathala, E. Sorrel, P. Auzépy et Sarrazin rapportent un cas d'hémopéritoine spontané au cours d'une fièvre typhoïde. La complication s'est produite à 2 reprises, 35 et 44 jours après le début de la maladie, qui était de moyenne intensité. Le premier incident donna lieu à une laparotomie et à une splénectomie. Le second incident fut traité simplement par une transfusion. Il n'existait ni trouble de la coagulation ni déficit de vitamine K.

De tels faits, qui font revivre l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine des classiques, se rencontrent assez fréquemment dans les agressions expérimentales portant sur le système végétatif (travaux de J. Reilly et de ses élèves).

Intoxication familiale par le bromure de méthyle. — M. Michel Gauthier relate 3 nouveaux cas d'intoxication par le bromure de méthyle, remarquables par les circonstances de leur production : émanations, par un robinet mal fermé, d'un extincteur d'incendie chez des particuliers, ayant duré près de 48 heures avant l'apparition des troubles nerveux révélateurs de l'intoxication. L'enfant, âgé de 18 mois, mourut 16 heures après les premiers symptômes; les 2 parents survécurent, mais présentent encore, 15 jours après, un tremblement des membres supérieurs, apparaissant lors des mouvements volontaires, avec spasme d'opposition, très caractéristique de cette intoxication.

— M. Garcin insiste sur la personnalité clinique des troubles moteurs produits par ce toxique, en particulier sur les caractères des myoclonies et sur le tremblement avec spasme oppositioniste. Le gardénal se montre très efficace. Malgré la gravité apparente du tableau, les séquelles font défaut.

— M. Duvoir a cependant observé des séquelles.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE BIOLOGIE CLINIQUE

27 Avril 1944.

Méthode de dosage biologique de l'histamine dans les liquides organiques. — MM. J.-L. Parrot et G. Richet décrivent la technique de Code dérivée de celle de Barsoum et Gaddum qui utilise la contraction de l'intestin grêle de cobaye. La sensibilité de cette méthode qui permet d'examiner l'équivalent histaminique du sang, en utilisant quelques centimètres cubes, la précision des mesures qui permet d'apprécier des différences inférieures à 10 pour 100 entre 2 échantillons, la spécificité presque absolue de la réponse, si le dosage est effectué sous atropine, font que l'association de cette méthode est valable aussi bien pour la clinique que pour l'expérimentation.

Les dissociations du syndrome sérologique de la syphilis. — MM. Bagros et Glaunes présentent une statistique de cas où les réponses données sur le même sérum par des antigènes différents ont été contradictoires. Ils attirent l'attention des cliniciens sur la très grande fréquence de ces dissociations.

— M. Demanche rappelle que ces dissociations sont connues et qu'on peut les observer soit sur des syphilitiques en voie de traitement, soit sur des syphilitiques en période de chancre, soit, enfin, sur des non-syphilitiques. Pour lui il est des cas où l'on peut avoir une réaction sérologique positive de manière intermittente chez des non-syphilitiques, en particulier sur des porteurs d'ulcérations génitales ou d'herpès.

Le taux des mégacariocytes médullaires et ses rapports avec le taux des plaquettes sanguines. — M. Delcourt (Bruxelles) propose un procédé simple pour apprécier ce qu'il appelle l' « index mégacariocytaire ». Il s'agit de faire une dilution au 1/20 de moelle osseuse, de compter à la cellule de Thoma les éléments nucléés, de faire une numération à la cellule de Nageotte de mégacariocytes. Le rapport entre les mégacariocytes et les éléments nucléés est l'index mégacariocytaire qui évolue normalement entre 0,04 et 0,07.

Les numérations comparées faites par l'auteur, entre l'index mégacariocytaire et les plaquettes, lui ont montré que les 2 éléments étaient le plus souvent dans un rapport constant.

Présentation du calculateur de Boos. — M. Fleury présente une règle à calculer, fabriquée sur les indications de M. Boos, qui permet, en quelques secondes, de calculer la constante d'Ambard.

A. Durupt.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE

17 Avril 1944.

La délivrance médicale des toxiques doit être mieux réglementée. — MM. X. Abély et J. Rondepierre, faisant remarquer que la pratique de la cure de désintoxication à domicile est un des principaux facteurs de persistance et de la fréquence des toxicomanes et des médecins distributeurs de toxiques, demandent que ce mode thérapeutique soit interdit et que les cures de désintoxication entraînent l'internement obligatoire.

Un cas de toxicomanie par le dolosal. — MM. J. Delay et L. Vidard ont observé chez un homme de 36 ans traité par des analgésiques de synthèse pour un syndrome algique d'origine ulcéreuse une véritable toxicomanie. Ils décrivent le tableau clinique caractérisé par un état subconfusionnel, une polynévrite sensitive motrice, avec abolition des réflexes, des troubles digestifs avec constipation, météorisme, mégacôlon vérifié par lavement baryté. Tous ces troubles disparurent après sevrage. Les auteurs signalent la relative facilité avec laquelle on peut actuellement se procurer ces médicaments et préconiser des règles aussi sévères pour leur délivrance que pour celle des opiacés.

Une cause d'erreur dans l'identification des douilles. — M. Sannié indique que l'identification des douilles par les stries laissées sur l'amorce n'a pas un caractère absolu et que deux cartouches de charges différentes ou de série de fabrication différente, bien que tirées avec le même pistolet, peuvent présenter des stries variables.

Intoxications aiguës par le cadmium. — M. Champeix rapporte 3 observations consécutives à l'ingestion de poires séchées dans un dessiccateur dont les claies étaient en cadmium. Apparition immédiate de phénomènes gastro-intestinaux, de collapsus, puis de subictère et d'albuminurie. Rétrocession des symptômes en 4 jours.

Etablissement d'un tableau de substances toxiques ou dangereuses utilisées couramment dans l'industrie. — MM. Rist, Duvoir, Fabre, Griffon, Dérobert et Truffert.

A propos d'un récent arrêt de la Cour de cassation sur les infirmités antérieures. Taux d'incapacité permanente et partielle et taux de réduction du salaire. — M. Brisard.

L. Dérobert.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

8 Mai 1944.

Etat démentiel et quadriplégie spasmodique en flexion chez un homme de 39 ans. Maladie d'Alzheimer. — MM. Marchand, R. Bessière et P. Bernard. Quadriplégie spasmodique en flexion associée à un état démentiel ayant évolué de 34 à 39 ans, avec, à l'autopsie, lésions classiques de maladie d'Alzheimer.

Troubles de la fonction hypnique symptomatiques d'une psychose maniaco-dépressive. — MM. P. Sivadon et J.-L. Beaudouin. Sujet de 39 ans ayant présenté près de 2 ans des troubles cycliques du sommeil (insomnie-narcolepsie) constituant la seule manifestation d'une psychose maniaco-dépressive, signée par la suite par un accès maniaque (lourde hérédité similaire).

Un cas de glossolalie. — MM. X. Abély, Leroy et Sutter présentent une malade dont la glossolalie, très importante, tient à la fois du type maniaque et du type schizophrénique, sur un fond mental également complexe.

Un cas de maladie de Pick. — MM. X. Abély, Leroy et Suttel. Malade présentant, en même temps qu'une atrophie frontale (révélée par l'encéphalographie), le défaut d'initiative et l'agnoso-aphaso-apraxie typique. Mais plusieurs symptômes classiques manquent. Il semble, de plus, que la malade ait conservé de nombreux automatismes et le plan de nombreux actes, alors que la liaison ne peut s'établir entre ces 2 éléments.

Démence aphaso-agnoso-apraxique; atrophie cérébrale pariéto-occipitale révélée par la pneumo-encéphalographie. — MM. Jean Delay, P. Neveu et P. Desclaux présentent une démente agnoso-apraxique dont l'atrophie s'accompagne fonctionnellement de suppression du rythme bio-électrique. Ces troubles paraissent en rapport, ainsi que l'aphasie, avec la prédominance lésionnelle.

Broncho-pneumonies hémorragiques, complications fréquentes du délire aigu. — MM. P. Guiraud et H. Sauguet. Il s'agit de formes congestives et hémorragiques, analogues anatomiquement et cliniquement à celles de la grippe, et résultant de la perte des réactions de défense à la période terminale du délire aigu.

Autodénonciation après intoxication haschichique. — MM. Delay, Maillard et Gendrot rapportent un cas rare d'onirisme après intoxication par le haschisch au cours duquel se développa, après un rêve érotique, un rêve d'homicide; homicide dont le malade alla, après son réveil, s'accuser au commissariat. Les auteurs insistent sur le caractère très partiel de l'amnésie lacunaire qui suivit cet épisode, sur l'apparition, au cours de celui-ci, d'une haine inconsciente contre le beau-père, et sur la plasticité mentale de ce malade qui, associée à la netteté et à l'intensité des souvenirs oniriques, lui permit d'accepter comme réelle cette scène d'assassinat.

Jean Dublineau.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

1er Juin 1944.

Intoxication d'atelier par le bromure de méthyle. — MM. L. Michaux, Courchet et Lechevallier rapportent 13 cas d'intoxication, dont 2 mortels; après une période latente, le début se fait par des troubles psychiques avec hyperacousie douloureuse et dysarthrie; à la période d'état, l'épilepsie est fréquente, débutant en général par un état de mal comateux; les troubles cérébelleux sont constants; les secousses cloniques, les mouvements choréo-athétosiques sont fréquents ainsi que les troubles psychiques (pantophobie, mélancolie, hallucinose); l'organicité des séquelles épileptiques et cérébelleuses n'est pas niable; le syndrome peut continuer à évoluer plusieurs mois après l'intoxication.

Douleur plexique rebelle par agénésie partielle de la 1re côte. — MM. Leriche et de Sèze rapportent l'observation d'un sujet ayant depuis 6 ans des douleurs violentes dans le cou, l'épaule et le bras; de ce côté, la 1re côte est incomplète, rappelant une côte cervicale; l'ablation de la côte supprime immédiatement les douleurs. La pathogénie de la douleur dans les malformations de la 1re côte ou les côtes cervicales est très obscure.

Agénésie de la 1re côte ou côte cervicale. — M. J. Lereboullet rapporte l'observation d'une femme ayant des douleurs des membres supérieurs, surtout à droite, avec fourmillements et atrophie de l'éminence thénar; la 1re côte est anormale des 2 côtés, articulée avec le sternum à droite, flottante à gauche; il n'existe que 11 vertèbres dorsales et 6 vertèbres cervicales. On peut interpréter ce cas comme une agénésie de la 1re côte ou comme une côte cervicale.

Dystonie du membre inférieur. — M. Coste rapporte l'observation d'une jeune fille présentant une dystonie du membre inférieur avec une scoliose paraissant de compensation; on ne constate que des troubles neurologiques minimes; une greffe d'Albee fut faite après laquelle la scoliose et la dystonie du membre inférieur disparurent.

Myoclonies chez un épileptique. — MM. A. Thomas et Ajuriaguerra présentent un sujet de 23 ans qui a depuis l'âge de 11 ans quelques troubles psychiques, des crises comitiales et des myoclonies des membres et surtout de la face; ces myoclonies n'existent pas au repos ou dans les mouvements passifs et n'apparaissent que dans les mouvements actifs; 2 ponctions lombaires ont montré une assez forte albuminose sans réaction cellulaire. Ce cas est plus complexe que le syndrome classique de l'épilepsie myoclonique; le caractère oppositionnel des mouvements confère à ce cas une certaine parenté avec la pseudo-sclérose.

Electrisation du bout inférieur de la moelle dans un cas de destruction incomplète. — MM. Barré, Warter et Rohmer, dans un cas de section presque complète de la moelle vérifiée opératoirement, n'ont réussi à reproduire par l'excitation du bout inférieur que les quelques mouvements des orteils que le sujet pouvait effectuer spontanément. Ces phénomènes diffèrent donc de ceux que les auteurs ont observés dans la section totale. C'est une nouvelle raison de bien différencier la section totale de la section presque totale et de la section tardivement complétée.

Deux cas d'intoxication alimentaire avec paralysie périphérique des extrémités et symptômes pyramidaux. — MM. Alajouanine et Thurel présentent 2 malades chez qui, après une intoxication alimentaire, s'est installée une paralysie périphérique des extrémités; après l'atténuation de celle-ci, des signes pyramidaux, d'abord masqués, se sont extériorisés. Il n'y a guère que le triorthocrésylphosphate qui puisse donner un tel tableau clinique; l'expression de polynévrite adoptée pour ces accidents est inexacte et un rapprochement avec la sclérose latérale amyotropique s'impose.

Myasthénie avec atrophie musculaire. — MM. Alajouanine, Thurel et Durupt présentent un sujet chez qui le diagnostic de poliomyélite chronique avait été porté en raison de l'existence d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence; or, il s'agit d'une myasthénie indiscutable, avec réaction myasthénique typique, heureusement influencée par la prostigmine. La paralysie et l'atrophie musculaire peuvent faire partie du tableau clinique de la myasthénie.

Dissociation des troubles de la sensibilité rappelant le syndrome des fibres longues, avec anachlorhydrie gastrique au cours d'une paralysie diphtérique. — MM. Thiébaut, Wolinetz et Mlle Granier.

LUCIEN ROUQUÈS.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

8 Février 1944.

Sulfamidothérapie des affections aiguës. — MM. Courtois et Mauviel. 1° Rapport entre les doses injectées et la durée du traitement : chez les femmes jeunes non tarées, les infections aiguës du *post partum* et du *post abortum* cèdent très souvent à des doses de sulfamides solubles injectées en 24 ou 48 heures à des taux élevés (24 à 40 g.). Des graphiques schématiques concrétisent les différents modes d'application de ces sulfamides solubles en fonction du temps, de la dose par 24 heures et de la dose totale; 2° rapport entre la dose injectée et les taux sanguins et urinaires : ces doses importantes de sulfamides solubles permettent d'obtenir, 12 heures après, une sulfamidémie variant entre 6 à 8 mg. pour 100. 48 heures après le sang contient encore 1 mg. pour 100 de sulfamide. Dans l'application de sulfamide en poudre sous-péritonéal au cours de césarienne segmentaire, la sulfamidémie est 3 ou 4 fois moins importante qu'avec les mêmes doses employées par voie intramusculaire.

Le BCG par scarifications cutanées. — MM. Courcoux, P. Boulanger et A.-C. Maclouf. 1° 89 sujets ont été prémunis par le BCG. Sur ce nombre, 68 ont été suivis et éprouvés de 5 à 10 semaines après la vaccination. On a obtenu les résultats suivants avec l'I.D.R. à 1 cg. : 65 réponses positives, soit dans 95,5 pour 100 des cas; 2 réponses douteuses, soit dans 3 pour 100 des cas; 1 réponse négative, soit dans 1,5 pour 100 des cas. 2° La longueur totale des scarifications intervient dans la rapidité de la production de l'allergie cutanée. Plus les scarifications sont nombreuses et plus l'apparition de l'allergie est précoce. La durée de la période anté-allergique est peut-être moins fonction du nombre ou de la virulence des bacilles que du nombre de portes d'entrée ou de la répétition des apports bacillaires. 3° On obtient une réponse positive plus amplifiée et plus précoce en utilisant une forte dose de tuberculine (1 cg. par voie intradermique) dans la recherche de l'allergie consécutive du BCG.

Le microscope électronique. — M. P. Pizon expose rapidement les moyens d'améliorer le pouvoir résolvant du microscope optique. Il fait la description théorique de la constitution et du fonctionnement du microscope électronique qui représente l'une des applications de la mécanique ondulatoire de L. de Broglie; actuellement le pouvoir séparateur est de 20° A°, et le grandissement de 40.000.

L. GROLLET.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

21 Mars 1944.

Un cas de côte cervicale chez une fillette de 12 ans et demi. — MM. J. Leveuf, Maurice Lamy et Mlle Jammet. L'enfant présentant depuis 2 mois des crises douloureuses dans le bras droit, augmentées par la flexion du coude, avec œdème de l'avant-bras et de la main, cyanose légère, diminution du pouls, des oscillations artérielles et de la sudation, et la radiographie ayant montré une côte cervicale droite assez longue, une intervention fut décidée. Dès la section du scalène antérieur, l'artère apparut jaillir hors de sa loge. On n'a pas aperçu la côte cervicale, mais à la suite de l'opération, l'enfant est guérie depuis 2 ans. Les accidents d'ordre vasculaire semblent donc plus en rapport avec une anomalie des scalènes qu'avec la présence de la côte cervicale, l'ensemble témoignant d'une malformation du cou.

Dolichosténie chez un garçon de 2 ans 1/2. — MM. Robert Clément, M. Pestel et L. Fruchard. Le terme de « dolichosténie » paraît préférable à celui de « dolichosténomélie », d' « arachnodactylie » ou d' « acromacrie » pour désigner ce syndrome morphologique congénital, car l'allongement et la gracilité ne portent pas uniquement sur les membres ou les extrémités, mais également sur le tronc, le cou et la tête. Dans ce cas, la cypho-scoliose et la déformation thoracique sont très marquées. L'enfant présente l'aspect caractéristique des membres en demi-flexion permanente des doigts et des orteils. L'extension de l'index gauche et des 2 premiers orteils de chaque côté est totalement impossible, les doigts étant maintenus en position vicieuse par une bride cutanée. Pas de laxité articulaire, l'extension de l'avant-bras sur le bras est également limitée. Pas d'ectopie du cristallin ni de malformations oculaires cardiaque et buccale.

Sur un cas de dolichosténomélie. — M. Maurice Lamy, Mlle M.-L. Jammet et MM. Blancard et S. Follin. Chez ce garçon de 7 ans 1/2, la longueur excessive des mains et des pieds et plus spécialement celle des doigts et des orteils est le signe le plus évident; mais d'autres malformations existent chez lui qui sont habituelles, ou au moins fréquentes, dans la maladie de Marfan: une cyphose vertébrale, une hyperlaxité articulaire, une luxation bilatérale du cristallin, une arriération psychique manifeste et sans doute une malformation du cœur. En revanche manquent l'élévation insolite de la taille et l'absence du pannicule adipeux.

Les auteurs admettent que la maladie consiste en une malformation constitutionnelle du tissu mésodermique. Parfois, comme ici, elle se révèle comme un cas isolé. Le plus souvent, c'est une maladie familiale dont les modalités de transmission ne sont pas établies sans conteste, mais l'analyse de 80 cas, particulièrement de formes frustes, permet de conclure qu'elle obéit habituellement à la règle de la dominance.

Résultats d'une expérience de 12 mois au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades. — M. Maurice Lamy et Mlle Pauliac ont observé pendant l'année 1943 196 cas de diphtérie: dont 44 chez des vaccinés (22,4 pour 100). Mortalité nulle chez les vaccinés; 9,6 pour 100 chez les non-vaccinés. La comparaison de ces chiffres plaide fortement en faveur de la vaccination par l'anatoxine. Etant donné la fréquence et la gravité chez les jeunes enfants, il est nécessaire de vacciner avant l'âge de 2 ans.

Vingt ans de vaccination antidiphtérique. — M. A. Laffaille. M. Maurice Lamy, rapporteur. En milieu fermé, la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine a produit la disparition de la diphtérie. En ville, les vaccinations sont trop souvent insuffisantes ou incomplètes.

— M. M. Lelong. Le plus souvent, les vaccinations sont incorrectes. Sur 350 enfants de 2 à 15 ans, une enquête a montré qu'il n'y a pas 50 pour 100 de vaccinations correctes.

— M. Robert Marquézy. Dans certains cas, l'immunité s'efface ou disparaît, les revaccinations sont indispensables.

— M. G. Paisseau cite un cas où la réaction de Schick est redevenue négative.

Angine diphtérique avec rechute au 30e jour. — M. Pierre Barbé (Le Mans). Une jeune fille atteinte d'angine phlegmoneuse, traitée par sérothérapie massive (90.000 U) associée à l'anatoxine, présenta au 30e jour une rechute caractérisée par l'envahissement de la gorge par des fausses membranes, adénites et accentuation des paralysies. Après nouvelle sérothérapie, guérison lente. De tels faits, rares, peuvent être expliqués par le fléchissement de l'immunité passive due au sérum avant que la vaccination ait eu le temps de créer une immunité active.

Trois cas mortels de botulisme familial. — M. H. Rouèche signale la fréquence actuelle du botulisme et la nécessité de l'ébullition et de la cuisson des conserves familiales et du jambon cru.

Les heureux résultats de la sulfamidothérapie des otites. — M. Robert Bourgeois. Inutiles comme préventif et dans les otites catarrhales ou congestives simples, les sulfamides à doses suffisantes ont donné des résultats excellents et inespérés dans les otites qui s'aggravent, celles qui traînent et dans 3 cas de mastoïdite confirmée où l'on a seulement incisé la collection superficielle.

— M. Jean Lévesque. La sulfamidothérapie est moins efficace dans l'otomastoïdite du nourrisson.

A propos de la réduction de la ration de lait des enfants. — M. E. Lesné.

ROBERT CLÉMENT.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

2 Mars 1944.

Sur le diagnostic de la lithiase des branches du canal hépatique. — MM. Mallet-Guy et J. Roy. Une disposition anatomique exceptionnelle (division des 2 branches droite et gauche de l'hépatique en 2 branches à leur tour droite et gauche) avait fait méconnaître une obstruction complète de la branche droite vraie de l'hépatique, au cours de radiomanométrie opératoire et post-opératoire. La branche gauche qui se dessinait seule figurait la ramescence classique du canal hépatique.

Deux cas de cholécystite calculeuse aiguë chez l'enfant de 7 à 8 ans. Cholécystectomie. Guérison. — M. Clavel. Reprenant l'historique de la question, l'auteur montre la nécessité de rechercher une origine vésiculaire à une péritonite que l'on croyait appendiculaire et la nécessité de faire, quand on croit une appendicite sous-hépatique, une incision au point où douleur et contracture sont à leur maximum.

Rupture spontanée du grand droit en dehors de toute cause apparente. — Chez une femme de 60 ans, grippée et souffrant de toux rebelle, on porta le diagnostic d'éventration étranglée. L'intervention révéla la rupture. Toilette de la cavité, fermeture. Guérison.

— MM. Patel, Rochet, Laroyenne, Labry, de Rougemont et Chalier rapportent des cas analogues où les diagnostics les plus divers furent proposés : kyste de l'ovaire tordu (3 fois), grossesse extra-utérine, hernie étranglée, etc.

9 Mars.

Brochage amovible intra-médullaire du membre supérieur et de la clavicule. — M. Charvet (Arles). Techniquement, le brochage comprend 4 temps successifs : réduction sanglante par une incision minima; introduction au travers des téguments, à l'aide d'un perforateur à main, d'une broche souple, le plus loin possible du siège de la fracture, au point où l'os est le plus superficiel; pénétration intra-médullaire progressive de cette broche qui passe d'un fragment à l'autre, sous le contrôle de la vue, la fracture étant parfaitement réduite. Immobilisation au minimum. Une série d'observations est apportée avec d'excellents résultats.

Plaie de l'oreillette droite. Guérison avec légère modification de l'électrocardiogramme. — MM. A. Trillat et J. Barrié. Plaie par coup de couteau, la lame restée en place. Intervention sous A. L. par volet gauche à charnière externe. La plèvre est respectée. Suture simple de la plaie auriculaire.

Plaie du cœur et de l'artère interventriculaire antérieure opérée et guérie. Contrôle électrocardiographique. — MM. Latarjet et Plauchu. Plaie par coup de couteau. A. G. éther discontinu. Incision dans le 4e espace gauche et résection des 4e et 5e cartilages costaux sur 2 *cm*. La plèvre est refoulée, intacte. Suture en masse de la plaie du V. D. et de l'artère interventriculaire. L'absence de troubles ultérieurs montre la réalité des anastomoses coronariennes chez le sujet jeune. Il fut inutile d'infiltrer le stellaire.

Cicatrice douloureuse après incision de panaris. — M. Isnardi (Roanne). L'examen histo-pathologique de la cicatrice enlevée chirurgicalement (professeur Gery) révéla la cause anatomique de la douleur : corpuscules tactiles coincés par la sclérose; inflammation chronique; lésion nerveuse par sclérose propre et périphérique; spasme et oblitération vasculaire. Guérison.

— M. Tixier. Ceci est un argument en faveur de la cellulectomie systématique dans le traitement des panaris de la pulpe.

23 Mars.

Résultat éloigné d'une amputation ostéoplastique de jambe — M. Laroyenne. Le malade, amputé au 1/3 inférieur il y a 20 ans, garde un excellent moignon qu'il utilise en appui direct. La greffe fut prélevée, à la manière de Bier, sur la face interne du tibia.

Embrochage central par broche de Kirschner. — M. Michel Béchet (Avignon) présente 5 observations avec un seul mauvais résultat par immobilisation écourtée.

Enervation de l'articulation radio-cubitale inférieure dans les troubles douloureux consécutifs aux cals vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — M. Tavernier présente une nouvelle application de la méthode générale des énervations articulaires. Il sectionna assez facilement les filets articulaires du nerf inter-osseux et de la branche motrice du radial. Suppression immédiate et durable des douleurs.

L'exploration lipiodolée de l'espace épidural. — Le lipiodol intra-rachidien n'a donné à M. Perrin que des déboires. Il préfère, avec Delchef et Petit, la voie épidurale, introduisant le lipiodol par voie sacro-coccygienne. Une observation démonstrative d'obstacle révélé ainsi, et vérifié opératoirement, est apportée à l'appui. Il s'agissait d'un *spina bifida occulta* avec énurésis.

Anévrysme cirsoïde et hypertrophie du membre correspondant. Syndrome de Klippel-Trenaunay. — M. G. Leclerc (Dijon). Jeune fille de 19 ans. L'anévrysme, reconnu à l'âge de 8 ans, atteint un volume considérable. L'hyperaccroissement est passé de 3 à 10 *cm*. La radiographie montre de très remarquables lésions d'angiome d'un os long.

L'auteur discute l'amputation alors qu'une opération précoce, dit M. Tavernier, aurait pu enrayer l'évolution.

Protrusion acétabulaire double. — Discutant à propos d'un cas de la pathogénie de cette exceptionnelle affection, MM. J. Creyssel et J. Barbier proposent, au point de vue thérapeutique, une énervation totale des 2 hanches.

Ulcères multiples du duodénum. — MM. P. Santy, M. Latarjet et P.-E. Duroux. Sur 155 gastro-duodénectomies récentes, 18 ulcères doubles. Si le diagnostic d'ulcère fut toujours fait, la multiplicité reste imprévisible. Ils déterminaient opératoirement une péri-duodénite intense, cependant, 8 fois, l'anastomose gastro-duodénale fut réalisée. 18 guérisons.

Amputation traumatique de l'extrémité de l'auriculaire avec arrachement complet du tendon fléchisseur. — M. R. Labry.

30 Mars.

Kyste médian mobile du médiastin postérieur inter-broncho-péricardo-œsophagien. — M. R. Leriche. Cherchée dans un premier temps par voie extra-pleurale droite, le malade étant en décubitus latéral gauche, la tumeur resta introuvable malgré les précisions tomographiques. Une radiographie ultérieure la révéla largement mobile avec la position du sujet. Exérèse par voie transpleurale droite. Du volume d'un poing, elle contenait 200 à 300 cm^3 de liquide brunâtre aseptique. Il n'existait pas de pédicule vasculaire net, ce qui expliquerait cette extraordinaire mobilité. L'auteur insiste sur la nécessité de faire une radiographie dans la future position opératoire.

Les tumeurs intra-thoraciques dites « du médiastin postérieur ». — MM. P. Santy et M. Bérard, à propos de 9 cas observés en 10 ans, concluent : seul le PNO post-opératoire permet de façon indiscutable le diagnostic entre tumeur extra-pulmonaire et tumeur intra-parenchymateuse. L'endoscopie après PNO, simple et bénigne, peut donner des renseignements précis quant au diagnostic de nature de ces tumeurs médiastinales.

Le plus souvent il s'agit de neurinome. Contrairement à une notion répandue, l'intervention précoce est préférable aux interventions retardées car il existe des possibilités de dégénérescence maligne (2 observations) et les signes de compression médiastinale assombrissent le pronostic post-opératoire.

La voie transpleurale après PNO est la voie de choix 7 observations illustrent les étapes du diagnostic et du traitement de ces tumeurs.

Implantation urétéro-colique. — MM. J. Cibert, H. Cavailher, J. Perrin et H. Pugeat en présentent 20 observations détaillées et commentées : 3 cas de fistule vésico-vaginale traumatique où seul se discutait en parallèle avec l'I. U. C. le colpocléisis ; 3 excellents résultats fonctionnels, mais poussée légère de pyélo-néphrite.

Un cas de fistule néoplasique (KC rectum, anus iliaque gauche). Résultats fonctionnels excellents, mais léger retentissement rénal.

Huit I. U. C. comme palliatif d'une cystite rebelle, dont 7 pour tuberculose (où elle offre des indications particulières à côté de l'opération de Richer et les opérations de dérivation externe) et 1 pour cystite banale, avec, là, un résultat parfait de 12 mois.

Huit cas enfin pour KC vésical, comme traitement palliatif ou comme premier temps d'une cystectomie totale.

R. Guillet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

14 Mars 1944.

Deux cas de calcification de la région mitrale visibles à la radioscopie. — MM. Levrat, P. Martin-Noël, P. Naudin et Vialtel rapportent 2 observations de calcification intracardiaques de la région mitrale visibles à la radioscopie. Dans l'un des cas, l'autopsie montra que la calcification portait sur l'anneau fibreux de la mitrale, la valvule elle-même étant parfaitement saine.

Calcifications valvulaires (mitroles ou aortiques) radiologiquement décelables. Leur fréquence. Intérêt de leur recherche systématique. — MM. Roger Froment, Georges Vignon et Dominguez. 17 observations nouvelles dont 3 avec vérification anatomique. En cas de sémiologie clinique laissant dans l'indécision sur l'existence d'une lésion valvulaire (du fait d'autres lésions associées ou pour toute autre cause) la constatation radiologique de valvule calcifiée peut avoir la même importance que la mise en évidence d'un frémissement cataire. Cette recherche importe particulièrement pour le diagnostic de sténose aortique et pour celui d'insuffisance mitrale athéromateuse.

Nausées et vomissements d'effort, nouvel équivalent indolore de l'angine de poitrine. — MM. Roger Froment et Georges Vignon. Observation où ce syndrome d'effort particulier, joint à quelques syncopes d'effort, était le seul signe d'une aortite spécifique avec altérations électrocardiographiques du type coronarien, qui évolua en quelques jours vers la mort. Les auteurs en rapprochent 2 autres cas où avec le même trouble digestif existaient un serrement douloureux du poignet gauche et une gêne thoracique — bref des phénomènes douloureux discrets, ectopiques ou non — ce qui, joint à l'évolution et aux autres signes, ne laisse aucun doute sur l'existence d'une coronarite.

Angor d'effort post-prandial avec vomissements. — MM. Barbier et Pont.

Sténose bronchique vérifiée par bronchoscopie au cours d'une primo-infection tuberculeuse. Syndrome de condensation pulmonaire sans rétraction. — MM. Mounier-Kuhn, Jeune et Bonnet.

Sténose bronchique par obstruction au cours d'une primo-infection. Effet favorable de la bronchoscopie. — MM. Mounier-Kuhn, Jeune et Muller.

G. Despierres.

SOCIETE DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

26 Mars 1944.

Fibrillotion auriculaire d'origine basedowienne avec grande insuffisonce cardiaque. — MM. Barrieu et Thabourin. Observation d'une basedowienne que le traitement habituel n'avait améliorée qu'en partie. Son état précaire rendait toute intervention chirurgicale impossible. La radiothérapie eut raison de l'arythmie complète et de l'insuffisance cardiaque.

Pachyméningite caséeuse rachidienne. — MM. Warter et F. Rohmer relatent l'observation d'une paraplégie survenue brusquement chez un Malgache de 22 ans tuberculeux. Abolition totale des sensibilités superficielle et profonde à partir de D7, suppression de tous les réflexes tendineux et cutanés. Exitus après une évolution de 5 mois. Anatomiquement : compression de la moelle épinière entre les 3e et 5e vertèbres dorsales par du caséum cru remplissant complètement le canal rachidien. Myélomalacie en D5 et D6. Absence de lésions osseuses. Lésions tuberculeuses des pnumons, plèvres, péritoine, rate et foie.

Trois nouvelles observations de lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres. — MM. H. Paillard, M.-L. de Villaucourt et J. Depouilly rapportent 3 nouvelles observations de cette affection assez rare, bien décrite par André Léri, M. Roch et H. Paillard. Ils en rappellent les caractères essentiels : localisation des lipomes dans le 1/3 moyen du corps, indolence, bénignité, coexistence parfois avec des troubles rhumatismaux ou goutteux.

30 Avril.

Cirrhose de Laennec et diurétiques mercuriels. — MM. H. Paillard et G. Verrier rapportent une observation de cirrhose de Laënnec à évolution rapide avec reproduction incessante du liquide et nécessité de ponctions de 13 à 15 litres tous les 6 jours. 9 injections intraveineuses de Neptal ont réalisé : 1° une diurèse de 3 à 4 litres 1/2 après chaque injection ; 2° l'élévation du taux de la diurèse quotidienne intercalaire de 500 à 1.500 g. par 24 heures.; 3° un espacement des ponctions tous les 10 à 12 jours. Au bout de 8 injections, la fonction rénale du malade (étudiée minutieusement) était excellente ; mais le traitement ne doit être entrepris que chez les sujets dont le rein est strictement indemne.

C. Bernard-Griffiths et G. Petit.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

31 Mars 1944.

« Acanthosis nigricans » d'évolution rapide, révélateur d'un cancer abdominol chez un homme de 25 ans. — MM. Cl. Huriez et J. Leborgne. En moins de 2 mois, un *Acanthosis nigricans* remarquable par l'intensité de sa pigmentation s'est installé chez un malade de 25 ans.

L'apparition d'un ictère franc, associé à une défaillance sévère de l'état général, fait redouter la possibilité d'une néoplasie hépatique.

L'autopsie confirme cette hypothèse en révélant l'existence de nombreux noyaux métastatiques du foie. L'examen anatomopathologique permet de fixer au niveau du parenchyme rénal le point de départ de la prolifération maligne.

Le caractère juvénile, l'évolution rapide, la coexistence d'un ictère par métastase hépatique et surtout la localisation rénale du cancer initial sont les particularités les plus intéressantes de cette observation.

Malformations cardiaques multiples. — MM. Christiaens, Gautier, Souliez et Julien Pierret. Bébé de 3 ans. Cyanose sans signes d'auscultation. Convulsions fréquentes.

A l'autopsie : Ventricule unique. Oreillettes communiquant largement par un trou de Botal de dimensions du petit doigt. Oreillette droite borgne, la gauche s'ouvrant normalement dans le ventricule. Aorte normale. Atrésie de la pulmonaire à son origine.

Diverticule du péricarde. — MM. R. Legrand, Bar, Toison et Desruelles rapportent l'observation d'une femme de 60 ans présentant un diverticule antérieur droit du péricarde qui s'est révélé cliniquement par de vives douleurs pré-cordiales.

Son origine étiologique est indéterminée.

L'intensité des douleurs, qui avait fait envisager un moment la possibilité d'une péricardotomie, s'est atténuée progressivement et, depuis 1 an, la malade ne présente plus aucun trouble.

Secteur porobronchique externe du lobe moyen et lobe axillaire de Lucien. — MM. J. Minet, H. Warembourg et Graux. Lucien distingue dans le lobe moyen 2 secteurs anatomiques, un secteur ventral et un autre para-bronchique externe. Les auteurs rapportent un cas d'abcès localisé essentiellement dans ce secteur. La connaissance du siège exact d'un abcès permet d'orienter le drainage de posture qui amènera parfois une guérison rapide des abcès aigus. Le secteur para-bronchique externe, isolé par une scissure, constitue le lobe axillaire.

Volumineuse hydronéphrose congénitale révélée por des infiltrations du sympathique lombaire. — MM. Lafrance et Pecqueur. Au cours d'une série d'infiltrations faites dans le but d'accélérer la cicatrisation d'un moignon d'amputation, un syndrome douloureux de la fosse lombaire droite apparaît avec température et vomissement. En quelques jours se développe une tumeur énorme emplissant la moitié droite de l'abdomen. Exérèse d'une hydronéphrose contenant 4 litres d'urine purulente. Guérison.

Les auteurs pensent que l'infiltration a agi à la manière des sympathectomies urétérales chez l'animal en déterminant la production d'un spasme avec mouvements antipéristaltiques et rétention pyélique.

Atélectasie pulmonaire d'origine nerveuse. Lymphoplasmocytome malin médiastinal. — MM. Ch. Gernez, Driessens, Garcenot et Gautier présentent une observation d'atélectasie pulmonaire droite, avec paralysie phrénique, provoquée par un lymphosarcome médiastinal. Une pleuroscopie a permis de confirmer les données radiologiques concernant la topographie de la tumeur ; mais son siège hilaire n'a pu en permettre la biopsie. Une bronchoscopie a montré la perméabilité parfaite des bronches.

La malade étant décédée d'une affection intercurrente, l'origine nerveuse de l'atélectasie a pu être confirmée à l'autopsie. Du point de vue histologique, il s'agissait d'un sarcome lymphocytaire et d'une atélectasie pulmonaire pure, du type exoérimental, sans réaction inflammatoire surajoutée.

Les auteurs portent cette observation au dossier de l'atélectasie pulmonaire d'origine nerveuse.

Sarcome de l'intestin grêle à forme anémique. — MM. Ed. Doumer, André Verhaeghe et Jean Roussel rapportent l'observation d'un homme de 35 ans dont le sarcome du grêle évolua pendant 7 mois sous le masque d'une anémie grave aplastique sans signes fonctionnels, physiques ni radiologiques. Ce ne fut respectivement que 4 semaines et 2 semaines avant la mort que la diarrhée survint puis que la tumeur devint palpable. La précocité et l'intensité de l'anémie, inhabituelle dans le sarcome du grêle, légitiment l'individualisation d'une véritable forme anémique.

L'électro-choc et tuberculose. — MM. A. Breton, Doremieux et Delvallet. D'après les auteurs les formes parenchymateuses fibreuses ou à très haute prédominance fibreuse, les formes stabilisées depuis longtemps, même sous pneumothorax, les pachypleurites séquelles, les reliquats de primo-infection ne sont pas des contre-indications. L'augmentation de poids est due à la reprise de l'appétit. S'abstenir dans les tuberculoses caséeuses et fébriles. Etre très prudent pour les infiltrations de début. Temporiser pour les pleurésies et péritonites jusqu'à assèchement et S. des hématies normale ; de toute façon surveillances radiologiques.

Les modifications des quelques constantes physiologiques et biochimiques humaines sous l'effet des injections intraveineuses de novocaïne. — MM. Warembourg, Fontan et A. Michel.

Résultats des greffes médullaires dans la chirurgie des nerfs. — MM. Delannoy, Vandecasteele et Salembier.

Sur un cas de flexuosités artérielles multiples. — M. Y. Salembier.

R. Pierret.

COMITÉ MEDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

21 Janvier 1944.

Syndrome de Mœbius avec malformations digitales. (Présentation de malode.) — MM. R. Poinso, M. Salmon, E. Hawthorn et A. Heurtematte. La malade, âgée de 15 ans, sans aucun antécédent pathologique ni personnel, ni collatéral, présente un syndrome complexe, dont les éléments essentiels ont été constatés dès la naissance, et qui se caractérise par des symptômes avant tout d'ordre neurologique: paralysie des deux VII avec conservation relative du facial inférieur, et, au contraire, inversion galvano-faradique totale des deux VIIe supérieurs ; — atteinte des deux XIIe avec atrophie, paralysie bilatérale et contractions fibrillaires importantes ; — Oculomoteurs: l'étude de la motilité conjuguée montre une paralysie totale de la latéralité, une limitation de la sursumvergence et conservation des inferogyres, une diminution de la convergence ; la motilité isolée donne une excursion identique à celle que l'on observe dans les mouvements du regard ; à l'examen vestibulaire, signes d'atteinte bas située des voies vestibulaires supra-nucléaires; F. O. normaux.

A l'examen somatique, on note seulement des malformations des deux mains (syndactylies et absences de phalanges). La radiographie cranienne montre une accentuation des impressions digitales et une convexo-basi-céphalie très accusée. Les examens biologiques pratiqués se sont tous affirmés normaux.

Devant cette atteinte élective, symétrique et parcellaire de certains nerfs craniens (VII-XII-Oculomoteurs) associée à des malformations congénitales des mains, les auteurs pensent à une maladie de Möebius ou paralysie nucléaire infantile. Ils discutent les rapports qui peuvent exister entre cette affection et d'autres syndromes qui associent les malformations digitales à des dysplasies cranio-encéphaliques.

Anévrismes artériels des deux fémoro-poplités chez un vieillard de 78 ons. Présentation de malade et de radiographies. — MM. R. Poinso, H. Monges et A. Campana.

Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic différentiel entre la syringomyélie et les compressions médullaires. — MM. H. Roger, J.-E. Paillas et H. Gastaut.

Sur un cas de myocardite rhumatismale à évolution prolongée. — MM. J. Brahic et Espinas.

Hémorragies intestinales par ulcération de l'artère splénique au cours d'un concer latent de l'estomac chez un morphinomane. Présentation de pièces. — M. H. Gastaut.

Œdèmes de carence et infiltration du sympathique lombaire. — M. J. Guérin.

4 Février.

Formes de début de la sclérose lotérole amyotrophique. — M. J.-E. Paillas.

Névrite optique d'origine dentaire. — MM. J. Boudouresques et G. Ourgaud.

Ulcère de la face postérieure de l'estomoc associé à un cancer du pylore. — MM. J. Monges et Gassin.

18 Février.

Syndrome de Milkman ; formes complètes et formes frustes chez des religieuses. — M. G. Aymes. Présentation de radiographies du bassin montrant des fissurations spontanées, pseudo-fractures sacro-iliaques et ischio-pubiennes symétriques, concernant une religieuse atteinte d'une impotence douloureuse grave. Parallèle radiologique avec une fissuration pulycyclique sacro-iliaque à condensation calcique marginale observée chez une religieuse clarisse au syndrome clinique superposable. Mention de 2 autres cas frustes chez des religieuses. L'auteur met l'accent sur la relative fréquence actuelle du syndrome de Looser-Debray-Milkman chez les sœurs cloîtrées. Il incrimine dans l'étiologie, les pratiques ascétiques antérieures et les carences calciques et phosphorées actuelles et l'appoint possible de troubles digestifs, colitiques et hépatiques agissant à la façon des exotoxiques (morphine, cadmium). Excellents résultats thérapeutiques par le calcium et la vitamine D.

Algo-parésie posturale du sciatique poplité externe au cours d'un accouchement. — M. H. Roger. Une primipare, âgée de 25 ans, éprouve brusquement, au cours de l'accouchement, des paresthésies douloureuses dans le territoire du sciatique poplité externe, avant toute application instrumentale. Cette parésie paraît être due à l'attitude anormalement prolongée en flexion forcée et abduction des cuisses ayant pu entraîner une compression et une ischémie temporaire du sciatique poplité externe.

Il persiste, 6 mois après, de petits troubles parétiques et une hypoesthésie du pied.

Syndrome syringomyélique consécutif à une plaie septique de l'index. Apparition tardive 10 ans après le traumatisme. — MM. H. Roger, J.-E. Paillas et H. Gastaut. Un homme de 60 ans a été amputé d'un index, en 1918, à la suite d'un phlegmon par plaie septique. En 1928 apparition d'algie de la main et du bras, puis constitution progressive d'un syndrome syringomyélique localisé au bras : amyotrophie, parésie, dissociation syringomyélique de la sensibilité, troubles vaso-moteurs. Quelques considérations pathogéniques terminent cette présentation.

Arthrose latente trapézo-métacarpienne. (Présentation de malade.) — MM. H. Roger, A. Heurtematte et Charpin.

Exsudation colique abondante chez un cirrhotique avec insuffisance cardioque. — MM. J. Monges et E. Hawthorn.

3 Mars.

Névrite optique due à l'absorption d'alcool méthylique. (Présentation de malade.) — MM. G. Jayle, G. Avon et J. Boudouresques. Deux jours après absorption de nombreux apéritifs (30 en 3 jours), cécité complète, précédée de signes d'intoxication générale. Amélioration rapide et importante par la stryelmothérapie intensive et par plusieurs séries d'infiltrations stellaires. La vision est actuellement de 7/10 O.D. et de 5/10 O.G. A noter une spécificité antérieure, qui a pu

être un facteur favorisant dans l'apparition de cette névrite optique.

Syndrome pseudo-wilsonien (poussée évolutive d'une encéphalopathie infantile). Présentation de malade. — MM. H. Roger, M. Recordier et J. Boudouresques.

Documents anatomo-radiologiques d'un cancer du poumon révélé par une métastase cérébelleuse. — MM. H. Roger, J. Berthier, Y. Poursines, P. Laval et Cristofari.

A propos de 15 cas de psychiatrie traités par l'électrochoc. — M. H. Ollivier.

Abcès pulmonaires multiples et tuberculisation secondaire. — MM. J. Berthier, P. Laval et Cristofari.

17 Mars.

Tabes polyarthropathique. Hémiparésie transitoire. (Présentation de malade.) — MM. H. Roger, P. Mouren et Heurtematte.

Angor par traumatisme fermé du tharax. — M. A.-X. Jouve.

Etude topographique des extrasystoles ventriculaires en dérivation précordiale. — MM. A. Jouve et J. Pierran.

A propos de 2 cas de botulisme. — MM. J. Boudauresques et P. Bergier.

De l'action de la novocaïne intraveineuse sur quelques symptômes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire. — MM. J. Berthier, P. Laval, J. Saumaillé et D. Cristafari.

31 Mars.

Obésité tronculaire, syndactylie, hyperlaxité articulaire, fragilité osseuse et troubles psychiques. (Présentation de malade.) — MM. H. Rager, J. Alliez et J. Charpin.

Grosse sténose pylorique à manifestations cliniques très atténuées. — MM. J. Monges, E. Hawthorn et J. Marcorelles.

Paralysie gastrique aiguë au caurs d'une sténose pylorique. — MM. J. Monges et P. Rochu.

22 Avril.

Remarques sur les stéatopygies et leurs aspects morphologiques. — MM. J. Vague et Gelbaud. Les S. comprennent tous les cas où les dimensions de la fesse établies par des mesures sur des individus jugés normaux par l'esthétique courante sont franchement dépassées, avec la réserve que cette hypertrophie ne soit pas due au seul facteur squelettique ou exceptionnellement musculaire. Ainsi comprises, les S. peuvent être discrètes, moyennes ou monstrueuses. Elles se distinguent en S. isolées ou associées et peuvent être dues au développement électif ou exclusif dans l'une des trois dimensions de l'une ou des deux masses graisseuses qui constituent la fesse, la masse inféro-interne et la masse iliaque externe. Propres au sexe féminin et au type masculin féminoïde, les S. ont une valeur endocrinologique et anthropologique qu'il est actuellement possible de préciser.

Hernie diaphragmatique avec diverticule duodénal. — MM. A. Fournier et G. Mockers.

Stéatopygie et lypadystrophie inférieure. — MM. J. Vague et Gelbaud.

Un cas de stéatopygie isolée et monstrueuse. — MM. Petit, J. Vague, P. Mauren et Maestraggi.

J. Boudouresques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

7 Février 1944.

Plaie transfixiante de la cuisse gauche par balle de revolver. Blessure de la poplitée basse. Artériectomie. Gangrène ischémique. Amputation de cuisse. — M. S. Clerc. M. Salmon, rapporteur. L'artère et la veine poplitées ont été blessées. Artériectomie et ligature de la veine. Plusieurs infiltrations lombaires sont inefficaces. L'amputation de la cuisse est nécessaire. Le rapporteur discute la situation de la zone dangereuse au niveau de l'artère poplitée et admet qu'elle siège au niveau de la portion basse du tronc artériel. Il montre, clichés d'artériographies à l'appui, que ce sont les artères jumelles qui jouent le principal rôle dans le rétablissement de la circulation artérielle après ligature de résection de la poplitée. Dans cette observation, la gangrène est due autant aux lésions artérielles qu'aux lésions veineuses.

Lésians tubaires et avortements antérieurs d'après l'étude de 36 observations de stérilité explorées par insufflations kymographiques des trampes. — M. Chosson. Les femmes ayant eu des avortements y figurent dans une proportion de 33 pour 100. Mais, en ne retenant que les stérilités secondaires, on remarque que les avortements se retrouvent dans une proportion très importante : 71,6 pour 100. L'étude analytique des courbes montre que sur 12 stérilités secondaires avec avortements antérieurs, il y a : 7 obturations, 1 sténose et 4 anomalies de contraction, ce qui montre que l'oblitération n'est pas le seul élément en cause, mais qu'à côté du facteur mécanique, il faut faire une place aux troubles de la fonction.

Parathyroïdectomie pour rhumatisme ankylosant. — M. Fiat. M. Bourde, rapporteur.

Tumeur de la gaine des vaisseaux fémoraux. Présentation de pièce. — M. Dor.

14 Février.

Fracture cervico-trochantérienne. Réduction sanglante. Enclouage. — MM. P.-L. Dejou et Bex. Fracture par choc direct avec déplacement important du fragment cervical en dedans et en arrière. Echec d'une tentative de réduction sous rachianesthésie. Arthrotomie par incision de Smith-Petersen-Mathieu. La bascule du fragment cervical est difficile à corriger. La congruence est obtenue en amenant la diaphyse en arrière et au contact; elle est maintenue par l'enclouage. Il en résulte un angle de déclinaison exagéré. Marche au 60e jour avec mobilité quasi normale.

Abcès solitaire du foie à staphylocoques. — MM. Dejou et Chippaux. Abcès solitaire du foie à staphylocoques dorés compliquant une suppuration périunguéale d'un orteil, évoluant sous la forme d'un état septicémique subaigu pendant 5 semaines avant d'extérioriser cliniquement sa localisation. Le drainage de l'abcès par hépatotomie transthoracique n'a pas influencé immédiatement l'état infectieux, qui n'a cédé que lentement sous l'action d'une thérapeutique complexe associant les sulfamides, l'abcès de fixation et la transfusion du sang.

Trais cas particuliers de cancer. Présentatian des malades. — M. Bonnal.

Curieux incident au cours de manœuvres abortives criminelles au moyen d'une aiguille à tricoter. Présentation de pièce. — M. Chosson.

21 Février.

Diagnostic étiologique difficile d'une tumeur rétro-péritanéale. — M. Lamy. Volumineux abcès froid (3 litres) d'origine pottique avec très discrètes lésions de L5 simulant une tumeur kystique paranéphrétique. Guérison par large ouverture de l'abcès et fermeture totale après évacuation associée à la greffe d'Albee.

Tumeur du rein chez un naurrisson de 3 mois. — M. Salmon.

Invagination iléo-iléale ayant pénétré dans le cæcum chez un hamme de 71 ans. Résection. Entérorraphie au ras du cæcum. Iléostomie. Guérison. — M. Bourret. M. J. Dar, rapporteur.

28 Février.

Cancer aigu de l'ovaire en voie de rupture. — MM. L. Dejou et R. Barbet. Séminome de l'ovaire évoluant en 3 semaines depuis le début des manifestations cliniques vers la rupture intrapéritonéale par désintégration nécrotique avec grosse hémorragie. L'extirpation de la tumeur est suivie d'un essaimage de greffes dans la paroi de l'abdomen et de métastases ganglionnaires lombo-aortiques et sus-claviculaires. Traitement radiothérapique en cours.

Trois perforations iléales. — MM. Turries, Lamy et Dalmas. Perforation d'un ulcère simple : suture, guérison. Perforation d'une iléite régionale : entérectomie, guérison. Perforations multiples d'une entérite phlegmoneuse avec infarctus : entérectomie, décès.

Gastrectomie totale. Présentatian de pièce. — M. Dor.

J. Lamy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Mars 1944.

Méningococcémie à forme palustre rapidement guérie par la sulfamidothérapie. — MM. Jean Tapie et Batmale présentent l'observation d'un homme de 40 ans chez lequel la méningococcie évolua pendant 2 mois, sans signe méningé, sous la forme d'accès fébriles intermittents : l'apparition précoce de myalgies et d'une éruption papulo-érythémateuse permit de soupçonner la nature de l'infection; l'hémoculture donna à 2 reprises un méningocoque A. Ce malade, qui avait été inutilement traité par le salicylate de soude et par la quinine, guérit en quelques jours avec des doses minimes de dagénan.

La réaction de Wassermann sur le sang desséché. — MM. Gadrat et Pecastraing. La technique utilisée est celle qui a été fixée par Demanche, mais les auteurs prélèvent le sang sur 3 pastilles de papier buvard au lieu de 2, ce qui permet d'exécuter la réaction avec l'antigène ordinaire et l'antigène cholestériné. Leurs recherches portent sur 310 malades chez lesquels la réaction de Vassermann a été pratiquée parallèlement sur le sérum. Ils n'ont pas observé de discordances chez les témoins non syphilitiques ; chez les autres, ils ont obtenu 62 résultats positifs contre 74 par la méthode ordinaire du sérum. Ce défaut de sensibilité, qui est de l'ordre de 16 pour 100, n'affecte que les sérologies faiblement positives. Les études de conservation auxquelles ils se sont livrés montrent que le sang desséché conserve des propriétés reactives pendant plus de 2 mois. Cette méthode peut rendre des services appréciables pour le dépistage de la syphilis dans les collectivités et aussi chez l'enfant et tous les sujets dont les veines sont difficilement accessibles; son usage se vulgarisera lorsque sa sensibilité aura été perfectionnée.

Kyste dermoïde du médiastin. — MM. Jean Tapie et Escande présentent l'observation d'un homme de 36 ans chez lequel la constatation de poils et de matière sébacée dans les crachats permit de porter le diagnostic de kyste dermoïde ouvert dans les bronches. Cette tumeur avait donné lieu à quelques douleurs hémithoraciques et, 1 an plus tard, à 2 hémoptysies. Sur les premières radiographies en position frontale, il n'était guère possible de soupçonner l'existence de ce kyste; les auteurs insistent sur la supériorité des clichés de profil pour déceler les opacités pathologiques du médiastin antérieur et sur la valeur des clichés en série.

Une épidémie de manifestations tuberculeuses dans un service de maladies mentales. — M. P. Giscard. Une épidémie de manifestations tuberculeuses à formes pulmonaire, pleurale, péritonéale, ganglionnaire, ostéo-articulaire a été observée dans un service de maladies mentales. Sur un total de 257 malades, 23 cas de tuberculoses ont été constatés, presque tous à évolution rapide. Une étude détaillée du développement de cette épidémie, de sa localisation prédominante dans certaines salles de malades, a établi le rôle de la contagion et celui de la dénutrition et des carences alimentaires. L'isolement des contagieux et des examens radioscopiques de dépistage faits en série sont les moyens principaux de lutte contre le développement de l'infection tuberculeuse dans les hôpitaux psychiatriques, mais il faut veiller aussi à l'alimentation des malades, étudier leur courbe de poids, car si la contagion a un rôle dans l'éclosion de ces cas graves et rapides, le terrain réceptif a lui aussi son importance.

Interposition hépatho-diaphragmatique d'un mégacôlan. — MM. Tapie, Darnaud, Géraud, Laporte et Mouniet. Le malade est âgé de 20 ans. Il a été atteint d'infantilisme heureusement influencé par le traitement hormonal, mais demeure assez chérif. Il entre à l'Hôtel-Dieu parce qu'il souffre de troubles dyspeptiques mal définis du type colitique. Une première radiographie, faite sans préparation, montre une énorme pneumatisation de l'abdomen : la loge hépatique est complètement vide. L'ombre hépatique, déplacée en dedans et en bas, atteint la symphyse pubienne par son bord inférieur. L'estomac est plein de liquide de stase, l'évacuation pylorique étant gênée par la ptose viscérale. Une seconde radiographie, faite en position couchée, et après lavement baryté, met en évidence un mégacôlon distendant tout le cadre colique. Le foie a repris sa place normale sous l'hémidiaphragme. Une troisième radiographie faite aussitôt après la seconde, mais en position debout, montre une interposition hépato-diaphragmatique du mégacôlon.

Quelques cas d'ostéapathies vertébrales de carence. — MM. Raques, J. de Brux et Ballinelli rapportent 6 observations de malades présentant des douleurs vertébrales et paravertébrales très violentes les immobilisant au lit. La radio montre à différentes hauteurs du rachis des écrasements des corps vertébraux avec intégrité des espaces, associés à une décalcification intense de tout le squelette. La calcémie, la phosphatémie, les phosphatases sont normales. Pas de signe de tétanie. Après en avoir discuté le diagnostic, les auteurs essaient d'indiquer les rapports des ostéopathies de famine avec le rachitisme, les autres variétés d'ostéomalacie, la maladie de Recklinghausen. Ils montrent l'intérêt de ces formes, non seulement pour l'histo-physiologie de l'os, mais pour montrer le degré de carence ou de subcarence longtemps prolongée auquel est soumis la population.

Cancer de l'apex du pauman à type de névralgie du plexus brachial. — MM. Goudou, Ruffié et Dumas rapportent un cas de cancer du poumon révélé uniquement par des signes neurologiques, névralgie du plexus brachial gauche, alors que les signes cliniques pulmonaires étaient absents. Seul un examen radiologique systématique localisa la cause de la névralgie au niveau de l'apex gauche. Exemple pur de la variété neurologique du cancer du poumon appelé syndrome de Pancoast.

J.-P. Tourneux.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE PARIS

Pierre Tulau. *L'exploratian de la fonction respiratoire.* (L'exploration fonctionnelle globale et l'exploration des poumons séparés. — Une brochure de 228 p. avec 7 fig. (*R. Foulon*, imp.), Paris, 1943. — De nombreuses méthodes ont été appliquées à l'étude fonctionnelle globale de la respiration; elles ont permis d'acquérir certaines notions de physio-pathologie respiratoire, mais elles ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure un poumon est réduit dans sa fonction par un collapsus, ni de savoir avant toute intervention dans quelle mesure les deux poumons se partagent le travail. Cette notion est cependant très utile à connaître si l'on veut rechercher le résultat fonctionnel; ainsi apparaît l'importance de l'exploration des poumons séparés.

T. expose une nouvelle technique due à Jacques Arnaud, avec lequel il a collaboré, dont l'originalité consiste dans une séparation successive des airs, avec obturation d'un poumon. On demande au poumon non obturé d'assurer à lui seul la respiration et on voit s'il en est capable. Dans l'affirmative on en peut conclure qu'il pourra subir la surcharge fonctionnelle occasionnée par la réduction de volume de son congénère. T. étudie en détail la technique et les résultats de la méthode qui ne nécessite pas un appareillage compliqué, est aisée à appliquer, ne présente aucun danger et n'entraîne pas l'atélectasie du poumon dont la bronche est obturée. Elle apporte plus de précisions dans les indications de la collapsothérapie et de la chirurgie d'exérèse pulmonaire et, à ce titre, intéresse tous ceux qui s'occupent de pneumologie médicale ou chirurgicale.

G. Foix.

Cl. G. Pêcher. *Sur le syndrome pâleur-hyperthermie.* (Considérations sur la régulation thermique.) [*Jouve* et Cie, édit.], Paris, 1943. — Le syndrome pâleur-hyperthermie, décrit par Ombrédanne en 1922, est maintenant bien connu du point de vue clinique, mais son interprétation pathogénique est encore discutée. On l'a rapproché des hyperthermies consécutives aux interventions portant sur le système nerveux central, des hyperthermies post-opératoires, du syndrome malin toxi-infectieux de l'enfance. Mme P. considère que ses manifestations pathologiques souvent très dissemblables sont réunies par un substratum anatomique commun, un œdème cérébral périvasculaire et péricellulaire, parfois localisé à la région infundibulo-tubérienne, plus souvent étendu à tout l'axe cérébral. Cet œdème est la conséquence des troubles vaso-moteurs provoqués par le traumatisme opératoire.

C'est l'atteinte du plancher du 3e ventricule qui entraîne l'hyperthermie. Celle-ci est le fait moins d'une augmentation de la thermogénèse que d'une diminution de la thermolyse due à une extrême vaso-constriction périphérique.

Mme P. a également étudié l'irréversibilité fréquente des troubles, sans doute en rapport avec l'irréversibilité des lésions cérébrales elles-mêmes. Elle indique enfin l'intérêt qu'il y aurait à pratiquer des examens humoraux jusqu'à présent assez négligés et qui pourraient préciser le degré d'importance de cet œdème. Un dernier chapitre se rapporte à de nouvelles suggestions pathogéniques de traitement.

Cet intéressant travail apporte une contribution particulièrement originale à l'étude d'un syndrome dont jusqu'à présent les données cliniques étaient bien connues, mais dont les notions anatomiques et physiopathologiques restaient encore fort imprécises.

A. Ravina.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 662.

Narcolepsie par hypoglycémie

Efficacité du resucrage

par M. Jean Delay.

Mme Ch... est une femme de 53 ans qui depuis plusieurs années ne veut plus sortir de chez elle. Elle a peur d'être prise n'importe quand, n'importe où d'une attaque irrésistible de sommeil, elle a peur, à la lettre, de « tomber de sommeil » en pleine rue.

Mariée, mère de 3 enfants, Mme Ch... était en excellente santé jusqu'à l'âge de 38 ans. A cette époque elle subit une hystérectomie pour fibrome et deux ans après cette ménopause anticipée apparurent des crises de sommeil; ces crises, de courte durée, n'excédant pas en général quelques minutes, étaient imprévisibles et d'une brusquerie telle qu'elles s'accompagnèrent plusieurs fois de chute.

Un médecin consulté porta le diagnostic d'*épilepsie* et la malade fut traitée pendant plusieurs années consécutives par les barbituriques. Elle usa successivement de gardénal, de rutonal, de l'association gardénal-rutonal, de tartrate borico-potassique, de bromures, sans que la fréquence des accès de sommeil se trouvât modifiée. On augmenta alors progressivement les doses de barbituriques et de bromures, ce qui eut seulement pour effet de créer entre les crises paroxystiques un léger état de somnolence à peu près continu.

Ce fut alors que la malade consulta un neurochirurgien qui rejeta le diagnostic d'épilepsie et conclut qu'il s'agissait de *narcolepsie*. Il prescrivit la cessation du traitement antiépileptique, ce qui fut fait aussitôt sans inconvénient, et orienta ses recherches vers une *tumeur cérébrale* de la région hypophyso-tubérienne. La ventriculographie ne montra rien d'anormal ; néanmoins une exploration directe fut jugée opportune. La malade fut donc trépanée, mais l'intervention ne décela aucune anomalie macroscopique dans le mésodiencéphale.

Revenue chez elle, Mme Ch... décida de n'en plus sortir et de ne plus suivre aucun traitement. Son caractère s'était modifié : elle était devenue à la fois craintive et irritable, centrant toutes ses préoccupations sur son étrange maladie. Son refus de sortir, même accompagnée, fut peu à peu considéré comme une véritable agoraphobie, et on commença à se demander si tous ses troubles n'étaient pas de nature psychopathique. Les mots d'*hystérie*, voire de sommeil hystérique, furent même prononcés. Cependant, dans ces dernières années, les crises devinrent plus fréquentes se produisant pendant certaines périodes plusieurs fois par jour. D'autre part, quelques-unes se prolongèrent de façon tout à fait inhabituelle, atteignant plusieurs heures, et c'est à l'occasion de deux crises exceptionnellement longues, ayant duré l'une vingt-six heures, l'autre trente-quatre heures, sans qu'il fût possible de réveiller la malade, que nous fûmes appelé par un de nos confrères à la voir pour la première fois.

* * *

Nous nous trouvions en présence d'une femme d'apparence robuste, pléthorique, légèrement obèse, ce qui n'avait rien d'étonnant étant donné sa claustration et son régime alimentaire. Elle ne quittait sa chambre que pour la salle à manger et, sans souci des restrictions, se livrait à une véritable suralimentation, les féculents, les pâtisseries, les sucreries constituant ses mets de prédilection. En dehors de cette obésité, l'examen somatique ne nous montra aucun symptôme notable, à l'exception d'une légère hypertension artérielle à 17-12. Au point de vue psychique on notait seulement un état dépressif, elle déclara que ses accès intempestifs de sommeil avaient rendu sa vie intolérable et que mieux valait en finir. Nous pensâmes alors que les sommeils prolongés de ces derniers mois étaient peut-être imputables à des tentatives de suicide par les barbituriques, mais toutes nos recherches dans ce sens furent vaines. Divers examens complémentaires furent faits : urée sanguine, 0,30 ; B.-W. sanguin : négatif ; radiographie du crâne : selle turcique normale ; liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,30 ; glucose, 0,42 ; 1 lymphocyte ; B.-W., négatif ; benjoin colloïdal, 0000002200000000.

Les crises toujours brusques consistaient en dissolution de la conscience avec dissolution du tonus, les unes n'excédant pas quelques minutes, les autres se prolongeant plusieurs heures. Nous eûmes l'occasion d'examiner la malade pendant un de ces paroxysmes et nous constatâmes un véritable état de coma avec sueurs abondantes, hypotonie, forte diminution des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Babinski bilatéral, grande paresse des réflexes pupillaires à la lumière, tous signes qui disparurent dès le réveil.

Cependant, dans le récit qui nous fut fait de l'horaire des crises, une particularité avait retenu notre attention : la malade ne s'endormait jamais à table ou dans les heures qui accompagnaient une digestion pourtant laborieuse, c'est exclusivement *à jeun* que se produisaient les accès narcoleptiques. Cette particularité jointe à la constatation de sueurs abondantes et d'un signe de Babinski lors d'un paroxysme nous fit demander un dosage de la glycémie : celle-ci se révéla basse, aux environs de 0,70. Nous demandâmes aussitôt un nouveau dosage lors d'une attaque de sommeil et c'est alors que fut faite la constatation capitale : *au moment du paroxysme narcoleptique se produisait un véritable effondrement de la glycémie* tombant de 0,70 à 0,35, le sucre sanguin diminuant donc de moitié. Des examens répétés les jours suivants montrèrent entre les crises une glycémie oscillant entre 0,65 et 0,70 et pendant les crises une glycémie oscillant de 0,35 à 0,40.

En possession de cette donnée, une thérapeutique s'imposait : *le resucrage*. De fait le réveil fut obtenu de la façon la plus simple, grâce à l'injection de sérum glucosé intraveineux. Ce résultat, qui fut régulièrement confirmé par la suite, nous a paru suffisamment concluant pour établir l'origine hypoglycémique de ces sommeils et nous avons jugé inutile de soumettre la malade à la contre-épreuve expérimentale qui eût consisté dans la reproduction des états hypniques par injection d'insuline.

En résumé, une femme de 53 ans présente depuis une douzaine d'années des crises de sommeil, les unes paroxystiques et brèves, les autres prolongées. Les diagnostics d'épilepsie, de tumeur cérébrale, d'hystérie ont été successivement invoqués. Or, l'étude de la glycémie montre au cours d'états hypniques une chute brusque du sucre du sang et l'efficacité de la thérapeutique sucrée démontre l'origine purement et simplement hypoglycémique de ces accès de sommeil.

1° Les accès de sommeil présentés par notre malade rentrent dans le cadre du syndrome narcoleptique de Gelineau, caractérisé, selon les termes de ce clinicien, par « un besoin subit, irrésistible de dormir, ordinairement de courte durée, se produisant à des intervalles plus ou moins rapprochés et obligeant le sujet à tomber ou à s'étendre pour lui obéir ». Le caractère paroxystique était si évident qu'au début la malade a été prise pour une épileptique, il est bien certain en effet que des formes d'épilepsie mineure comme les attaques statiques de Ramsay Hunt ou la pycnolepsie de Friedmann[1] peuvent réaliser des tableaux cliniques comparables. Mais à côté des *narcolepsies*, paroxysmes de sommeil de courte durée, notre malade a eu de véritables *comas* prolongés et irréversibles ;

2° Entre les narcolepsies et les comas nous pensons qu'il n'y a pas différence de nature, mais *différence de degré*. Narcolepsies, léthargies et comas ne constituent que des degrés du sommeil pathologique entre lesquels toutes les transitions existent, les critères de la durée et de la réversibilité sur lesquels on s'est fondé pour différencier ces états ne résistent pas à l'analyse. Ces sommeils ont les mêmes stigmates bioélectriques découverts par l'électro-encéphalographie[2] et la même origine diencéphalique. On sait que de nombreux faits anatomo-cliniques et expérimentaux, acquis tant chez l'animal que chez l'homme grâce à la chirurgie cérébrale, témoignent de l'existence à la base du cerveau d'un centre diencéphalique régulateur du sommeil et de la veille dont l'excitation, ou plus exactement l'irritation, détermine le sommeil sous ses différentes formes ;

3° Dans le cas particulier, le fait que l'hypoglycémie a été constatée chez notre malade aussi bien dans les paroxysmes narcoleptiques que dans les comas prolongés prouve l'identité de leur mécanisme humoral, confirmée d'ailleurs par l'égale efficacité de la thérapeutique sucrée. Selon toute vraisemblance, le centre hypnique du diencéphale se trouve ici excité par l'hypoglycémie. L'existence de *comas hypoglycémiques* spontanés est aujourd'hui un fait bien connu : il s'agit de comas plus ou moins prolongés avec sueurs et signe de Babinski qui cèdent en quelques minutes à l'injection intraveineuse de sérum glucosé. Par contre, la *narcolepsie hypoglycémique* est tout à fait exceptionnelle et en dehors de notre observation nous n'avons connaissance dans la littérature médicale que d'une seule observation comparable due à Marinesco[3]. Une telle pathogénie doit être limitée à un très petit nombre de narcolepsies, car des examens humoraux complets ont été souvent pratiqués chez de tels malades sans montrer d'hypoglycémie ;

4° Reste enfin à déterminer l'*origine des crises hypoglycémiques*. Depuis l'observation fondamentale d'Allan, Wilder, Power et Robinson (1927) on sait que les crises hypoglycémiques spontanées peuvent traduire une hypersécrétion d'insuline liée à une tumeur des îlots de Langerhans du pancréas. Dans cette observation princeps il s'agissait d'un cancer et il est bien certain que la longue durée des troubles chez notre malade est incompatible avec ce diagnostic. Mais d'autres observations signalèrent par la suite ces crises hypoglycémiques au cours de l'évolution très lente d'adénomes langerhansiens. S'agit-il chez notre malade d'un cas comparable ? Un tel diagnostic aurait d'autant plus d'importance que l'ablation chirurgicale de l'adénome langerhansien a été plusieurs fois suivie de guérison. Mais il n'y a chez notre malade aucun autre signe clinique, radiologique, biologique de tumeur du pancréas. D'autre part, à côté des syndromes d'hyperinsulinisme liés à une tumeur pancréatique, il y en a qui résultent d'un simple hyperfonctionnement des îlots. De plus, dans la régulation du métabolisme glucidique, le pancréas ne joue pas un rôle exclusif, et des crises hypoglycémiques peuvent relever d'autres synergies neuro-endocriniennes. L'association de narcolepsie et d'hypoglycémie est éminemment suggestive d'une atteinte hypophyso-tubérienne, et l'exploration chirurgicale a seulement démontré qu'il n'y avait pas de lésion *macroscopique* de cette région. Enfin, les accès de sommeil ont débuté après une ménopause artificielle et divers auteurs ont attribué certaines crises hypoglycémiques à l'hypoovarie (Guy Laroche). Bref, est-on autorisé sur la seule constatation de crises hypoglycémiques à pratiquer une laparatomie exploratrice et une exploration du pancréas ? Nous ne saurions l'affirmer et notre thérapeutique s'est actuellement limitée au resucrage et à une opothérapie à base d'extraits hypophysaires et ovariens.

Quoi qu'il en soit, si la nature de la maladie causale nous demeure énigmatique, il n'en reste pas moins que l'existence de notre malade se trouve transformée, à condition qu'elle vive au sucre comme un diabétique vit à l'insuline. Après douze ans d'échecs, elle possède pour la première fois une thérapeutique efficace : ses accès de sommeil auparavant irrésistibles et irréversibles, l'ingestion de sucre les prévient et l'injection de sucre les dissipe.

1. Nous avons pu vérifier par l'électro-encéphalographie que la pycnolepsie n'était qu'une épilepsie mineure.

2. Jean Delay : Les ondes cérébrales et la psychologie. *P. U. F.*, 1942.

3. Marinesco : La forme narcoleptique de l'hypoglycémie. *Annales de Médecine*, 1933, 33, 177-184.

N° 16 11 Novembre 1944

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Rôle de l'infiltration du sympathique lombaire dans les orchites aiguës

P. Macquet, L. Patoir et Vatel ont signalé dans *l'Echo Médical du Nord* de Novembre 1943 une nouvelle et intéressante indication de l'infiltration lombaire, celle du traitement des orchites aiguës. Ces auteurs font remarquer combien il est difficile d'arrêter l'évolution d'une orchi-épididymite aiguë. Tout au plus, dans quelques cas exceptionnels et dans les toutes premières heures de l'évolution, un traitement de choc peut-il faire rétrocéder les phénomènes inflammatoires. Ce fait doit être dû à ce que le testicule n'est rattaché à l'organisme que par ses connexions nerveuses, vasculaires et canaliculaires. Or, les connexions canaliculaires sont oblitérées dès le début de l'agression microbienne et ne sauraient servir de voie à aucune thérapeutique. Les voies vasculaires sont rapidement le siège d'une congestion puis d'une stase intense.

Macquet et ses collaborateurs, ayant remarqué qu'un certain nombre d'interventions nerveuses s'avèrent effectives contre les manifestations locales de caractère inflammatoire, ont pensé à pratiquer une section physiologique du sympathique correspondant, l'orchiépididymite aiguë paraissant se prêter particulièrement à une tentative thérapeutique de cet ordre.

Le mode de traitement est d'ailleurs variable selon les auteurs et deux méthodes différentes sont invoquées, les uns agissant directement sur le sympathique lombaire, les autres infiltrant le cordon lui-même. Quelle que soit la technique employée, les résultats sont, en général, favorables. Imbert rapporte 23 observations dont 15 d'orchiépididymites gonococciques, 7 d'orchiépididymites par infection urinaire et 1 seule par colibacillose. Les malades ont été soulagés en quelques heures.

Macquet, Patoir et Patel rapportent 4 observations d'orchiépididymites gonococciques. L'une fut traitée par infiltration lombaire, trois jours après le début de la maladie. Les douleurs cessèrent presque aussitôt, la température redescendit à la normale, les signes locaux s'effacèrent. Dans 3 autres cas, il suffit de 2 injections pour supprimer définitivement la lourdeur et les phénomènes infectieux. Dans 11 cas d'orchiépididymites au cours d'infection urinaire, ces auteurs ont obtenu la sédation des phénomènes inflammatoires et de la douleur. 8 malades ont guéri. 3 ont été relativement peu améliorés.

Dans l'ensemble, les résultats de cette méthode sont encourageants. L'action analgésique de l'infiltration est indiscutable et se manifeste au bout d'une à deux heures. Si la douleur réapparaît, il est facile de répéter l'injection. Les phénomènes généraux qui accompagnent l'orchiépididymite sont beaucoup moins influencés. Parfois, cependant, il existe une chute thermique parallèle à l'amélioration locale. La tuméfaction enfin est influencée de façon particulièrement nette. L'induration disparaît et il ne reste plus souvent qu'un petit noyau épididymaire ou un certain épaississement du canal déférent.

L'infiltration lombaire paraît agir sur les manifestations vaso-motrices locales, mais ne peut modifier que très peu le processus infectieux lui-même.

Cette technique a l'avantage de limiter le plus possible l'immobilisation. Le malade peut se lever en général dès la deuxième infiltration et reprendre très rapidement ses occupations.

Imbert et un certain nombre d'auteurs après lui ont seulement pratiqué des infiltrations du cordon. Macquet et ses collaborateurs préfèrent les infiltrations lombaires. Ils emploient pour cela la technique de Leriche et ont constaté l'innocuité de cette méthode. Ils cherchent à agir, non seulement sur les nerfs propres du testicule et de l'épididyme, mais encore sur ceux qui dirigent leur régime circulatoire. Il existe deux courants nerveux : ceux du plexus spermatique et du plexus déférentiel. Pour agir simultanément sur les deux systèmes, il faut, soit infiltrer le cordon dans sa portion spermatique, soit infiltrer la région lombaire à la naissance de ces nerfs. Il semble qu'il est préférable d'agir le plus loin des foyers infectieux et le plus près possible des centres nerveux de la région. Cette infiltration doit être faite très rapidement, c'est-à-dire dans les premières ou au moins dans les vingt-quatre heures qui suivent l'apparition des symptômes initiaux. Cette infiltration sera répétée les jours suivants. Dans la majorité des cas le malade peut se lever dès le troisième jour ; le plus généralement, il faut exercer des infiltrations deux jours de suite jusqu'à extinction des phénomènes inflammatoires.

Il semble bien que l'infiltration lombaire supprime les phénomènes locaux de l'infection et favorise la défense organique en rétablissant la circulation, mais elle n'a aucune action antimicrobienne propre.

La méthode s'applique surtout aux orchiépididymites aiguës, de quelque nature qu'elles soient. Les orchites traumatiques semblent particulièrement sensibles à la méthode qui corrige et supprime les conséquences du traumatisme, toujours sous réserve qu'elle soit mise en œuvre immédiatement.

Les orchiépididymites chroniques, par contre, ne peuvent guère être influencées par ce traitement, susceptible, tout au plus, d'influencer les poussées aiguës surajoutées.

A. Ravina.

Traitement des cavernes soufflées au cours du pneumothorax

Dans une question d'actualité parue dans *La Presse Médicale* du 7 Août 1943, nous envisagions, avec A. Paraf, le danger que présentent, au cours de l'évolution d'un pneumothorax thérapeutique, les cavernes non collabées proches de la plèvre. Certaines de ces cavernes peuvent ne pas être influencées par le collapsus parce qu'elles se soufflent, leur bronche de drainage ne fonctionnant plus qu'à l'inspiration, à la suite des modifications anatomiques apportées par la compression. Ces cavernes soufflées nécessitent très fréquemment l'abandon du pneumothorax, sans quoi elles risquent d'aboutir à la perforation pleuro-pulmonaire avec toutes ses conséquences.

J. Germain nous a signalé, à cette occasion, la méthode thérapeutique qu'il a préconisée dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 5 Juin 1941. Le point de départ de sa tentative fut le cas heureux d'une rupture cavitaire spontanée qui évolua sans causer aucun drame pleural, la perforation s'étant oblitérée d'elle-même au cours de l'affaissement du poumon. Alors qu'on s'attendait au pire, le liquide pleural ne s'infecta pas, la pression pleurale redevint négative, la dyspnée disparut progressivement et l'état de la malade s'améliora. Certaines perforations de cavernes peuvent en effet prendre ce type clinique lorsqu'il existe autour de la caverne une couche assez importante de tissu sain atélectasié.

D'autre part la pratique du drainage endocavitaire a montré le peu de danger que présente la traversée opératoire du parenchyme pulmonaire.

J. Germain a donc pensé que le dégonflement opératoire d'une cavité soufflée était parfois réalisable sans danger, le point de ponction se cicatrisant après l'affaissement. L'infection de la plèvre, en effet, n'est dangereuse que si elle est permanente ; celle qui est causée par une fistule temporaire guérit facilement.

J. Germain a fait construire une aiguille longue de 30 *cm.*, d'un calibre suffisant pour ne pas être déformée au cours des manœuvres intrapleurales, aiguille destinée à aller ponctionner sous contrôle pleuroscopique les cavernes soufflées. Deux observations montrent l'innocuité de ces ponctions. Dans le premier cas il s'agissait d'une caverne bombant dans la cavité pleurale après deux sections de bride. L'aiguille fut enfoncée au centre de cette cavité et l'aspiration ramena sans difficulté 50 cm^3 d'air. Une fois l'aiguille retirée sans aucun autre incident qu'un très léger suintement de sang, le lobe intéressé s'affaissa. La température, qui s'était élevée à 39°, revint à la normale en trois semaines ; une légère réaction pleurale ne nécessita aucune ponction évacuatrice, tandis que la cavité disparaissait rapidement.

Dans un second cas une caverne dure et tendue fut ponctionnée et permit de retirer 75 cm^3 d'air. Une autre ponction fut pratiquée quelque temps après. A aucun moment il n'y eut de signe de complication pleurale.

En présence d'une caverne soufflée persistant sous un pneumothorax total, l'auteur conseille de recourir d'abord aux moyens habituels : alternance des insufflations copieuses ou minimes, cure déclive ou latéro-déclive, injections intrapleurales modificatrices. Mais dans le cas particulier d'une caverne soufflée, celles-ci sont en général peu efficaces.

Si le soufflage cavitaire se produit dans un poumon bridé, la section de ces brides s'impose. J. Germain propose de la faire en deux temps ; d'abord section des brides latérales, puis, la caverne ayant diminué de volume, libération du moignon pulmonaire dans sa partie toute supérieure. Mais si le volume de la caverne a augmenté après le premier temps, il faudra joindre dans le second temps, à la section complète, la ponction de la caverne.

Les succès obtenus par cette méthode audacieuse doivent être dus à l'association de la section de brides et de la ponction de la cavité. Cette double intervention peut entraîner une profonde modification des rapports anatomiques et l'oblitération complète d'une bronche dont le calibre était jusqu'alors simplement diminué. Il semble que, pour obtenir un bon résultat, il faille que la couche de parenchyme péri-cavitaire soit assez importante. Ce traitement permet, dans certains cas, d'éviter les risques de perforation au moment du retour du poumon à la paroi.

A. Ravina.

Intoxication par les amandes amères

Les intoxications d'ordre alimentaire restent toujours nombreuses et sont dues aux substances les plus diverses. C'est ainsi que J. et P. Louyot ont souligné dans *La Revue Médicale de Nancy* du 1er Octobre 1943, à l'occasion d'un cas qu'ils venaient d'observer, quelques-unes des particularités de l'intoxication par les amandes amères.

Les accidents ont présenté deux phases évolutives : l'une précoce, se produisant une demi-heure après l'ingestion des fruits, marquée par un choc cardio-vasculaire avec syncope, tachycardie et baisse tensionnelle ; l'autre, tardive, caractérisée par de la diarrhée, mais surtout par de la somnolence et des hémorragies. Celles-ci consistent en purpura avec signe du lacet positif et en ménorragies très abondantes, inhabituelles chez cette malade. Ces ménorragies ne cédèrent que très incomplètement à des injections de vitamine K, mais parurent influencées par des doses de 25 *mg.* de propionate de testostérone.

Les auteurs rappellent que les phénomènes hémorragiques ne sont pas fréquents dans les intoxications cyanhydriques et ils font quelques réserves sur le rôle possible d'un état scléreux de l'utérus, constaté chez leur malade.

Ils insistent enfin sur le réel danger que peuvent présenter les amandes amères non débarrassées de leur acide cyanhydrique par un traitement approprié.

P. Ducourneaux.

NÉCROLOGIE

Charles Achard

(1860-1944)

Lorsqu'en 1934, après une longue carrière tout entière consacrée à la médecine, Charles Achard prit sa retraite, il attendait depuis longtemps l'heure des activités ralenties mais choisies, celle des amitiés élues, celle des souvenirs avivés. Il s'y était préparé non point comme d'aucuns le font devant la mort, mais plutôt comme on se prépare à une seconde existence, dont on comprendra que je n'évoque ici, et avant toutes autres, les démarches que parce qu'elle est la plus proche de nous.

Cette seconde vie de Charles Achard fut moins celle d'un homme de bibliothèque que celle d'un pèlerin du vaste monde. Nous ne saurions nous en étonner, car Achard eut toujours la passion des voyages. Enfant, il était Robinson dans sa campagne de Ville-d'Avray. Adolescent, avec ses amis Jeanselme et Hartmann, il escaladait les Vosges et les Alpes. Homme mûr, il allait à Londres et à Montréal comme on se rend au Vésinet ou à Bordeaux et prenait volontiers place dans l'Orient-Express. Mais, vieillard agile au cerveau chargé de souvenirs, il ne freina plus sa curiosité des grands espaces. La Sicile et l'Afrique du Nord, l'Egypte et l'Italie, l'Espagne et le Congo belge, le Cameroun et l'Afrique équatoriale française, Madagascar et les Comores, Maurice et La Réunion, les Antilles et le Canada, New-York et Haïti, l'Argentine, le Brésil et la Colombie, il lui fallut tout visiter, tout observer et tout connaître. Les vents ne l'effraient point, ni le soleil des tropiques, ni les nuits sans sommeil sous la Croix du Sud. Il est intrépide et retrouve, chaque fois, avec le sourire du philosophe, sa demeure versaillaise et son cabinet de la rue Bonaparte.

La vie de Charles Achard fut longue, sa carrière, calme et sûre. Elle prit naissance dans la dernière partie du Second Empire et fut traversée par tant d'événements que l'on s'étonne qu'elle n'ait pas versé dans le scepticisme, qui est, parfois, la sagesse des forts. La guerre de 1870, la Commune et le siège de Paris, l'avènement de la III[e] République, les guerres coloniales, puis la Grande Guerre de 1914-1918, la victoire et la précaire paix de Versailles et de Saint-Germain, la guerre de 1939 et l'effondrement militaire et spirituel qui l'a suivie, l'existence de Charles Achard accueillit et recueillit tous ces événements. Mais elle n'aura pas connu la France soulevée et libérée dans un vertige de joyeuse espérance, ni le retour de la République. « La phrase n'est pas achevée », constatera-t-il donc au terme de sa vie.

* * *

Nul besoin de faire effort pour nous rappeler les traits d'un visage aussi familier que celui de Charles Achard. Visage de huguenot : le front est large, proéminent, le regard, vif et doux, enfoncé dans les orbites, la lèvre enfouie dans la broussaille d'une barbe irrégulière. L'aspect est plutôt froid. Mais ce n'est là qu'apparence. Car l'homme est courtois, aimable, gai à l'occasion. Ses « Confessions » sont muettes à cet égard. Mais les mémoires des générations parlent encore; pendant son internat, pendant son volontariat Charles Achard manifesta, en effet, un entrain, un sens de la bouffonnerie, une gaîté qui laissèrent derrière eux un légendaire sillage. A dire le vrai, c'était un timide, d'un naturel affable, très sensible et qui témoignait d'une excessive aptitude à la résignation. Les années apaisèrent peu à peu cette sensibilité bouleversée et lui apportèrent une manière de bonheur tendre et solide dont « les affections permanentes du foyer, les amitiés solides, le plaisir de la tâche bien faite » constituèrent les éléments principaux. On trouverait aux pages sereines et tièdes du *De Senectute*, la description de ce genre de bonheur auquel l'égoïsme n'a point de part. Ses élèves, ses amis le savent bien, Achard était bon. Il aimait rendre service et prenait plaisir à aider ses cadets. Je le puis personnellement attester pour avoir, en 1901, alors que j'étais interne provisoire à l'hôpital Tenon, remplacé dans le service d'Achard mon ami Laubry, atteint de fièvre typhoïde. Et faut-il évoquer ici ma candidature à l'Académie des Sciences, qu'il posa avec Desgrez et qu'il fit véritablement sienne ? Ou encore cette lettre du 12 Juin 1944 qu'il m'écrivit d'une écriture tremblée, incertaine et un peu lasse : « Mon cher ami, je vieillis beaucoup. Je deviens aveugle. Je suis essoufflé au moindre effort. Je suis sujet aux vertiges et je perds mes forces de jour en jour. Je ne puis dans ces conditions conserver le mandat de secrétaire général de l'Académie de Médecine »... Ce billet fut le point de départ de ma candidature au secrétariat général de notre Compagnie, dont il ne cessait de m'entretenir au cours des visites que nous lui faisions avec Laubry et Ramon durant les semaines qui précédèrent sa mort. Au demeurant, je n'en veux retenir à l'actif de Charles Achard que le souci de ne quitter son poste et de ne partir qu'une fois sa tâche achevée, sa succession assurée. Volonté de se survivre dans le labeur continué, préoccupation essentielle des chefs. Et Charles Achard était un chef.



CHARLES ACHARD.

* * *

Sa carrière hospitalière et universitaire fut tout unie. Externe des hôpitaux en 1879. interne en 1882, médecin des hôpitaux en 1893, agrégé en 1894, professeur de pathologie et de thérapeutique générale en 1910, puis de clinique médicale en 1919, l'Académie de Médecine l'élut en 1911 pour en faire, dix ans plus tard, son secrétaire général. Enfin, l'Académie des Sciences l'accueillit, le 18 Mars 1929, dans sa section de Médecine et Chirurgie.

A la vérité cependant Achard n'a pas suivi la carrière qu'il eût voulu faire. Il eût souhaité se consacrer à la science pure, comme le lui avaient, à l'aube de sa vie, conseillé ses maîtres Wurtz, Henri Sainte-Claire Deville et Desains. Mais il était sans fortune. Son père, né à Genève d'une famille protestante de Dié, émigrée en Suisse après la révocation de l'Edit de Nantes, avait tout d'abord été apprenti bijoutier, puis commis d'un négociant en diamants, dont il devint enfin l'associé et le successeur sans pour autant s'enrichir, sa majeure préoccupation ayant toujours été de ne point apparaître en France comme un étranger. Il pouvait en effet, et à juste titre, se réclamer de la loi du 15 Décembre 1790 restituant aux religionnaires français expatriés leurs biens et leurs droits. Et d'ailleurs il avait, le 30 Juin 1849, par-devant le maire du II[e] arrondissement de Paris, fait toutes les déclarations et options exigées par la loi.

Les activités de laboratoire ne nourrissant guère leur homme, Achard se fit médecin, un grand médecin qui honora sa profession. Au secrétariat général de l'Académie de Médecine, vingt-cinq années durant, Charles Achard eut à cœur de fortifier, d'accroître et de développer le rôle de cette Compagnie comme conseiller technique des ministères de l'Education Nationale et de la Santé Publique. Ses interventions, ses discours et ses éloges de fin d'année en administrent éloquemment la preuve. Et nul ne peut nier que le prestige de la médecine française ne leur ait dû beaucoup, comme il dut beaucoup à l'exceptionnelle autorité de médecin et de chef d'école dont jouissait Charles Achard.

Maintes fois, au surplus, à la tribune de l'Académie de Médecine, Achard entreprit d'élucider les problèmes que pose la vocation médicale, analysa avec sûreté et avec éclat les causes de la crise que traverse actuellement notre profession et n'hésita point à souligner les divers aspects moraux d'une question qui, en outre, est sociale et politique. Aussi bien l'on ne méditera jamais sans profit sur les observations qu'il se plut alors à formuler.

* * *

Charles Achard avait le droit de se faire entendre, ayant, pour sa part, largement contribué aux progrès que la médecine et la biologie ont accomplis au cours des cinquante dernières années. Ses travaux et ses publications font nombre, depuis le *Traité des kystes congénitaux*, que, dès 1887, il publia en collaboration avec Lannelongue, jusqu'à ses belles *Leçons sur le diabète et l'insuffisance glycolitique* (1925) et ses trois volumes de *Clinique médicale* (1923-1928). Un même esprit les anime, d'ailleurs, et qui tend à constamment associer le fait clinique au contrôle expérimental, le processus morbide spontané au processus morbide reproduit. A cet égard, il est permis de dire que l'œuvre entière d'Achard s'inspire de celle de Claude Bernard. Nous ne rappellerons ici de cette œuvre que les traits essentiels, et d'abord cette découverte de l'agent pathogène qu'il a dénommé « bacille paratyphique ». Avant Achard, et depuis la découverte du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, on pensait que le bacille d'Eberth pouvait seul déterminer cette maladie. Or, dès 1896, Achard fit connaître l'existence de deux maladies apparemment identiques à la fièvre typhoïde, mais produites par un bacille différent du bacille d'Eberth. Cette notion fut d'abord contestée, et avec une âpreté passionnée. Mais lorsque Schottmüller (de Hambourg) eut, en 1901, observé plusieurs faits semblables, il fallut bien se rendre à une évidence que confirma sur une vaste échelle la guerre de 1914-1918. Et cette découverte apparut d'autant plus féconde qu'elle mit sur la voie de plusieurs découvertes similaires, intéressant la dysenterie, la méningite et la pneumonie, susceptibles, les

unes et les autres, d'être produites par des bacilles de types divers.

Charles Achard a créé une méthode nouvelle pour l'exploration fonctionnelle du rein. En 1897, avec son élève Castaigne, il a imaginé d'introduire dans l'organisme une dose connue de bleu de méthylène et d'étudier les détails de son élimination. Cette méthode, dite de « l'élimination provoquée », a permis de reconnaître que, contrairement à ce que l'on supposait autrefois, il est des néphrites qui ne s'accompagnent d'aucune diminution de la perméabilité rénale, de même qu'il est des albuminuries sans diminution de perméabilité, et des diminutions de perméabilité sans albuminurie.

Faut-il maintenant parler des recherches d'Achard sur le diabète, considéré non comme une maladie propre, mais comme un syndrome, décelable d'après son haut degré d'insuffisance glycolytique ? — Ou encore du rôle régulateur joué par le chlorure de sodium dans le maintien de la structure tissulaire ? — Ces derniers travaux ont conduit Achard à imaginer un traitement nouveau et rationnel de l'œdème. Citerai-je encore les observations sur les propriétés des globules blancs et des sérosités ? — sérum distingué de son pouvoir opsonique ? Plutôt Ou les études sur le pouvoir leuco-activant du sérum distingué de son pouvoir opsonique ? Plutôt voudrais-je insister un peu sur le vaste système d'espaces conjonctifs et de cavités séreuses qu'il appela le « système lacunaire ». Les liquides que ce système renferme reçoivent du sang les éléments de leur formation et restituent au sang des capillaires veineux d'une part et, d'autre part, au système lymphatique ce qu'ils contiennent en excès pour en faire retour au sang veineux. La fonction est importante et méritait l'étude d'ensemble qu'Achard entreprit des échanges qui s'accomplissent entre le « systeme lacunaire » et le « système vasculaire » ainsi que des phénomènes de régulation humorale qui se manifestent de l'un à l'autre. Ainsi également a-t-il été conduit à distinguer deux sortes de sérosités, des « sérosités de glissement » et des « sérosités de remplissage » ; les unes riches, les autres pauvres en albuminoïdes, les unes facilitant le déplissement des organes, les autres faisant office de protecteurs mécaniques des organes délicats. Etudiant enfin la pathologie du système lacunaire et les conditions dans lesquelles s'effectuent les échanges entre membranes vivantes, Achard a montré que le système lacunaire, qui tout ensemble reçoit et rejette, joue un rôle essentiel comme régulateur de la composition du sang.

Citons encore, et pour terminer, ses travaux sur les intoxications par les gaz de combat, commencés durant la guerre de 1914-1918 et poursuivis depuis, en collaboration avec Binet et Desbouis. Ces travaux firent de lui l'un des consultants autorisés des pouvoirs publics pour toutes les questions intéressant les gaz.

On le voit, l'œuvre de Charles Achard est vaste. Elle est celle d'un biologiste et d'un médecin, d'un clinicien qui estime que l'observation du malade doit être constamment appuyée sur le travail du laboratoire. L'acuité d'analyse y balance une magnifique aptitude aux grandes synthèses. C'est donc une œuvre très française, subtile, ingénieuse et solide. Qui d'ailleurs ne s'arrête pas aux écrits, car professeur, conférencier, missionnaire de la science française à l'étranger, Achard le fut aussi. Et peu de médecins auront autant que lui propagé la pensée médicale française à travers le vaste monde.

Voilà quelques lustres, le philosophe Frédéric Paulhan se plut à distinguer les esprits lents des esprits prompts. Et l'on n'a pas oublié qu'il témoigna une tendresse particulière pour les esprits lents, plus réfléchis, plus sûrs, plus profonds. Achard fut-il un esprit lent ou un esprit prompt ? Il est difficile d'en décider à première vue. Sans doute il ne donnait guère de ces brusques coups de sonde dans l'inconnu, il ne formulait guère de ces brillantes et téméraires hypothèses qui ont fait le génie des grands « découvreurs ». Mais son œuvre est profonde et lumineuse. Elle est mesurée. Elle est ordonnée. Elle va où elle doit aller, par les voies qu'elle a choisies. Et j'y aperçois l'une des certitudes les plus fermes de sa durée.



Je voudrais ne pas clore ces lignes à l'éloge de Charles Achard sans évoquer ses qualités de citoyen. Achard était Français et patriote, et il aimait considérer les idées et les événements d'un point de vue français. Mais parce qu'il avait fait le tour du monde il ne manquait pas de points de comparaison. Il se plaisait à convoquer dans sa retraite versaillaise les idées sociales, politiques, philosophiques professées aux antipodes, à les filtrer, à les malaxer afin d'en dégager des principes immédiatement applicables à son pays. De sa mission de 1917 en Grande-Bretagne il rapporta les éléments d'une technique de protection contre les gaz de combat. D'Indochine, une politique de la colonisation. Du Canada et du Japon, une méthode de propagande intellectuelle. De Madagascar, un plan d'organisation de la médecine indigène. Moins artiste que philosophe — au sens large du mot — moins curieux des formes et des couleurs que des idées, il a fait porter sa méditation sur les sujets les plus divers. Et il s'est exprimé en termes nets, clairs et évidents. Sa plume était sobre, directe et élégante, comme sa parole de conférencier et comme son enseignement de professeur.

Il y avait en lui un charmant mélange de stoïcisme et d'épicurisme qui, d'ailleurs, constitue l'essentiel attrait de sa *Confession* d'octogénaire. A Sénèque et à ses pairs il a demandé la force de supporter l'adversité, de vaincre la douleur, le moyen aussi de s'arracher progressivement à tout ce qui ne dépend pas strictement et exclusivement de la vie intérieure. Les pages qu'il écrivit sur la mort de sa femme et la destruction de son foyer sont, à cet égard particulièrement émouvantes. Mais, en contre-partie, comme il savait se montrer épicurien, ou, si vous le préférez, hédoniste ! Des conversations choisies, des services rendus, des paysages marins, des hommes de couleur aperçus aux quatre coins du monde, des souvenirs recueillis, décantés, comme il savait tirer le doux bonheur chaleureux qui alimenta sa vieillesse !

Tandis que nous l'accompagnions à sa dernière demeure, au Père-Lachaise, je ne pouvais me défendre contre les subtils sortilèges que susciteront toujours pour ses élèves, pour ses amis ce visage et le souvenir de ce visage, et l'écho de cette tendre parole, cette sagesse et l'exemple harmonieux de cette sagesse. Lentement, prudemment, simplement, Charles Achard, grand clinicien, grand professeur, grand voyageur, a traversé la vie, et s'il n'a pas cherché le repos il ne l'a pas davantage fui. Il a accepté la retraite avec une résignation souriante, et la mort, avec courage. Il y eut beaucoup de sagesse — une sagesse un peu mystérieuse — dans cette vie comme dans cette mort. Maîtrise de soi : voilà sans doute l'ultime secret de cette existence féconde et discrète.

GUSTAVE ROUSSY.

A. Rochaix

(1881-1944)

Le corps médical a appris avec une poignante émotion la mort tragique du docteur A. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon et sous-directeur de l'Institut bactériologique de cette ville, tué avec deux de ses collaborateurs dans ce dernier établissement au cours du bombardement de l'agglomération lyonnaise, le 26 Mai dernier.

Associé à Rochaix dans la direction de la *Revue d'Hygiène et de Médecine préventive* j'ai pu, avec mes collègues Debré et Dopter, apprécier l'aménité et la loyauté de son caractère, la sûreté de son jugement et l'étendue de ses connaissances. Aussi ai-je accepté comme un pieux devoir la mission de rendre un dernier hommage à cet ami en évoquant l'œuvre considérable qu'il a accomplie comme hygiéniste.

Formé à l'école d'un grand maître, le Prof. Jules Courmont, A. Rochaix, après avoir terminé ses études et suivi le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur, s'oriente vers l'hygiène. Depuis 1909, il prend une part active à l'enseignement de cette branche des sciences médicales à la Faculté de Médecine de Lyon au titre de chef des travaux pratiques, de chargé de cours (1911), d'agrégé (1920) et de professeur titulaire (1923).

A l'Institut bactériologique de Lyon et du Sud-Est où il entre en 1911, il devient sous-directeur de cet établissement en 1918.

L'œuvre scientifique de A. Rochaix comprend plus de 400 notes, mémoires, articles et ouvrages, tous orientés vers l'hygiène générale ou appliquée.

Parmi ses premières recherches figurent celles qu'il a effectuées avec Jules Courmont sur la vaccination par la voie intestinale contre la fièvre typhoïde, la tuberculose et les infections pyocyanique et staphylococcique.

Il étudie ensuite le rôle pathogène du *B. fæcalis alcaligenes* (avec M. Marotte et A. Blanchard), la flore bactérienne des œufs, les Salmonelloses, l'action infertilisante des essences végétales avec H. Morel, et la dissociation du staphylocoque doré. Ses recherches sur la fermentation de l'esculine par les bactéries lui permettent d'obtenir un milieu différentiel pour les germes du groupe strepto-entéro-pneumocoque.

Toutes les questions intéressant les eaux potables retiennent longuement son attention : stérilisation de l'eau par les rayons ultra-violets avec Jules Courmont et Th. Nogier, analyse bactériologique des eaux et, en particulier, méthode au rouge neutre pour déceler et dénombrer les colibacilles, procédé qu'il a aussi appliqué à l'analyse bactériologique du lait, étude de la flore bactérienne des eaux et caractères des colibacilles ayant la signification d'indice de contamination.

Au point de vue des problèmes si complexes posés par l'assainissement des villes, il poursuit des recherches sur la persistance et la disparition des germes pathogènes dans les eaux d'égout, sur la flore bactérienne de ces dernières épurées par le procédé dit des « boues activées » (en collaboration avec Paul Courmont) et sur l'évolution de la matière organique, de l'ammoniaque et des bactéries dans l'application de ce procédé.

Son œuvre didactique est aussi importante que sa production scientifique. Il a écrit dans les journaux médicaux français et étrangers de nombreuses études d'hygiène appliquée, abordant tous les chapitres de cette science qu'il connaissait admirablement et il a collaboré pour l'hygiène, la climatologie et la microbiologie à un grand nombre de traités et précis.

Citons parmi ses principaux ouvrages : le *Précis d'Hygiène* de Jules Courmont, Ch. Lesieur et A. Rochaix, dont il a assuré, depuis la mort de son Maître, avec Paul Courmont, puis seul, plusieurs rééditions rapprochées qui montrent le succès qu'a eu cette publication si complète et si bien tenue à jour ; le *Traité du lait et d'hygiène laitière* publié récemment avec Tapernoux, ainsi que son *Traité d'hygiène rurale.*

A. Rochaix était aidé dans sa tâche comme dans ses travaux de laboratoire par toute une phalange de collaborateurs, parmi lesquels le Prof. P. Sedallian a été son agrégé pendant dix ans. Ils conservent un souvenir ému de l'exemple que leur a laissé leur Maître par son attachement au devoir, sa puissance de travail, la méthode avec laquelle il savait l'organiser et l'équilibre parfait qu'il manifestait dans ses idées et dans ses actes. Aussi ne doit-on pas s'étonner qu'avec de tels dons, A. Rochaix ne se soit pas borné à ses activités de professeur et de travailleur scientifique, mais qu'en hygiène il ait voulu être aussi homme d'action.

Inspecteur départemental de l'hygiène publique dans le Rhône de 1925 à 1931, il était devenu conseiller technique sanitaire départemental et régional du Ministère de la Santé Publique, membre du Conseil Supérieur d'hygiène et de diverses Commissions ministérielles. Dans celles où il siégeait comme membre, comme dans celles du département du Rhône qu'il présidait, il s'imposait par sa longue expérience et par sa compétence particulière en matière d'hygiène administrative.

Le ministre de la Santé Publique l'avait chargé

à plusieurs reprises de missions dans notre pays et à l'étranger où il représentait si dignement l'hygiène française par ses travaux et par ses communications dans les Congrès auxquels il participait.

A. Rochaix ne pouvait faire face à tant d'occupations que par un don complet de sa personne. Fidèle à ses habitudes, il continuait à ne prendre ni repos, ni vacances, bien que sa robuste constitution se soit ressentie de la tristesse que lui causaient les événements actuels. Il est tombé sur la brèche, en faisant sienne la devise de Pasteur : « En fait de bien à répandre, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque. »

Par un coup imprévu du sort, la forte personnalité de A. Rochaix manquera trop tôt à l'Ecole lyonnaise, qu'il a si brillamment illustrée comme tant de ses prédécesseurs, et à notre pays, mais son souvenir subsistera non seulement dans ses écrits et dans l'œuvre qu'il a réalisée, mais dans les cœurs de ceux qu'il a servis. Puisse ce sentiment apporter une atténuation à la douleur de Mme Rochaix et de ses enfants, de ses collègues et de ses élèves auxquels nous adressons l'expression de notre chaude sympathie et de notre profonde tristesse.

L. Nègre.

* *
*

Au cours du bombardement du 26 Mai, deux des assistants du Professeur Rochaix ont également trouvé la mort : le Dr Simon et Mme le Dr Panisset.

La Presse Médicale tient à s'associer à ce deuil qui frappe douloureusement l'Institut bactériologique de Lyon.

CHRONIQUES

La production industrielle de la Pénicilline

L'article du professeur Levaditi paru dans les colonnes de ce journal le 6 Mai dernier a fait connaître au public médical français l'importance de la mycothérapie des infections microbiennes, et particulièrement celle de la Pénicilline. Ce produit, découvert en 1929 par Fleming et que de longues et patientes études ont rendu susceptible d'être utilisé en thérapeutique, joue maintenant un rôle considérable dans la lutte contre les maladies infectieuses, surtout dans les pays anglo-saxons, où il est considéré comme l'un des plus puissants agents antibactériens actuellement connus. Son action n'est pas inhibée par la présence de pus, de sang, de sérum ou de produits de destruction tissulaire. Il est, par contre, détruit par la chaleur, les acides, les alcalis, les agents oxydants, l'alcool et divers antiseptiques.

La Pénicilline agit sur le gonocoque, le méningocoque, certaines espèces de streptocoques, le pneumocoque et surtout le staphylocoque. Elle est donc particulièrement employée dans le traitement des plaies de guerre. En général elle agit relativement peu sur les anaérobies.

La Pénicilline, à l'inverse des sulfamides, n'a pas, au moins chez l'homme, d'action par voie buccale; on l'utilise donc en injections intraveineuses et intramusculaires ainsi qu'en applications locales. Relativement peu toxique, elle est très rapidement éliminée par l'urine, et les quelques incidents qu'elle peut provoquer ne sont nullement une indication d'arrêt du traitement.

On utilise en général 1.000 unités de Pénicilline par centimètre cube en injections intraveineuses, 10.000 par centimètre cube en injections intramusculaires ; en applications locales on emploie 5 000 à 20.000 unités par gramme de poudre. Pour les lavages des pleurésies purulentes ou des larges plaies de guerre infectées, on emploie des solutions allant de 250 à 1.000 unités par centimètre cube.

Les principales affections relevant du traitement par la Pénicilline sont les septicémies à staphylocoque, les méningites, les pleurésies purulentes, les endocardites infectieuses, les ostéomyélites, les blessures de guerre, certaines gangrènes gazeuses, ainsi que les blennorragies et les infections résistant à la médication sulfamidée.

Dans les infections graves on doit faire une dose initiale intraveineuse de 20.000 unités, suivie d'injections intramusculaires de 10.000 à 20.000 unités, répétées environ toutes les deux heures jusqu'à ce que l'infection soit nettement jugulée. Dans les méningites on combine les injections intrarachidiennes aux injections intramusculaires ; dans les cavités infectées on injecte 20.000 à 50.000 unités de Pénicilline une ou deux fois par jour ; sur les plaies infectées on verse quotidiennement de 10.000 à 50.000 unités. En cas de blennorragie 100.000 unités doivent être données en quinze heures environ.

Si la Pénicilline a été découverte par un Anglais, c'est surtout aux Etats-Unis qu'on a cherché à mettre au point ses applications thérapeutiques. La Pénicilline est produite, on le sait, par la fermentation dans une solution liquide nutritive d'une moisissure très connue, le *Penicillium notatum*, susceptible de se développer sur presque tous les milieux, mais en particulier sur le pain, le melon et de nombreux autres végétaux. Ce développement et cette fermentation produisent un liquide ambré dont on se sert pour obtenir la Pénicilline.

Mais cette production est extrêmement difficile à réaliser ; il est, en particulier, indispensable que la solution obtenue soit absolument stérile. Le développement accidentel d'une seule bactérie peut suffire à rendre inutilisable la production d'un réservoir de 70.000 litres.

Jusqu'à l'année dernière la Pénicilline ne pouvait être fabriquée que par des méthodes de laboratoire. On faisait développer le germe dans des ballons d'une contenance de 2 litres environ et dans de petits cristallisoirs. La fermentation se faisait seulement à la surface du milieu nutritif. Aussi cette méthode forçait-elle à utiliser des milliers de récipients. La production restait bien au-dessous des besoins.

Depuis cette année on a réussi à obtenir industriellement la croissance et la fermentation du *Penicillium* en envoyant des quantités importantes d'air rigoureusement stérile dans de vastes réservoirs d'une contenance de 70.000 litres environ. Aussi les usines qui fabriquent maintenant aux Etats-Unis la Pénicilline ressemblent-elles d'une manière frappante aux usines de caoutchouc synthétique ou aux raffineries de pétrole. Dans le simple mois de Mai 1944, cette nouvelle méthode industrielle a permis de produire 100 billions d'unités de Pénicilline contre 43 billions pour toute l'année 1943. Une telle production couvre tous les besoins de l'armée et de la marine américaines et permet même l'utilisation de la Pénicilline dans un certain nombre de cas relevant de la médecine civile. Dix-neuf de ces usi-

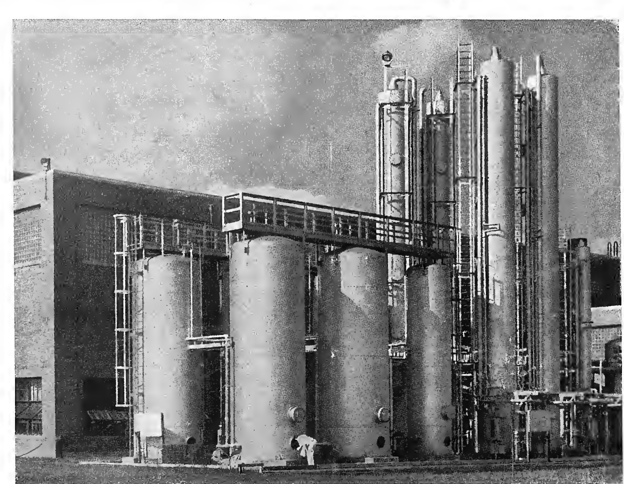


Fig. 1. — Usine récemment construite aux Etats-Unis pour la production de la Pénicilline.

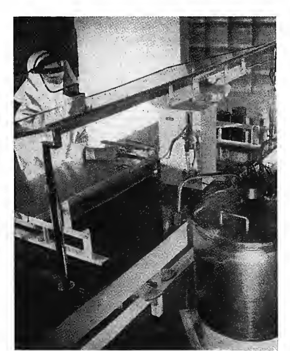


Fig. 2. — Mise en flacon de la solution de Pénicilline avec des précautions d'asepsie analogues à celles d'une opération chirurgicale.

nes, entourées des plantations nécessaires au développement du *Penicillium*, ont été créées en divers points des Etats-Unis et la production actuelle permet de traiter, si besoin est, 250.000 cas graves par mois.

La réalisation de cette production industrielle constitue un progrès considérable et lève le principal obstacle qui s'opposait à l'emploi courant de la Pénicilline. Il est donc probable que nous serons à même d'apprécier, dans un délai relativement court, les effets si vantés de cette nouvelle thérapeutique.

A. Ravina.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Médicaments de remplacement

Révulsifs.

La farine de moutarde reste le plus fidèle et le plus précieux des révulsifs et le seul produit de remplacement que l'on puisse lui substituer le plus généralement est son principe actif essentiel, l'isosulfocyanate d'allyle ou allylsénevol $S = C = N - C^3H^5$, préparé synthétiquement.

L'essence de moutarde n'est pas toute formée dans la farine : elle naît au contact de l'eau, par dédoublement d'un glucoside, le myronate de potassium, ou sinigroside, par l'activité fermentaire de la myrosine.

Cette réaction diastasique qui engendre le principe actif ne se produit plus en présence d'eau très chaude, d'alcool ou d'acide : ceci explique que le cataplasme de farine de moutarde ne doit pas être préparé à l'ébullition, ni subir l'action de l'alcool ou du vinaigre.

L'essence de moutarde artificielle est préparée par réaction de l'iodure d'allyle (obtenu à partir de la glycérine) sur le sulfocyanate de potassium.

C'est un liquide huileux, jaunâtre, d'odeur irritante, dont les vapeurs provoquent le larmoiement. Peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'essence de térébenthine, etc.

Elle est trop irritante pour être employée pure. On avait songé d'abord à la mélanger à de la farine de lin ou à du tourteau de lin dans la proportion de 1 pour 100, voisine de la teneur normale de la farine de moutarde en allylsénevol. Mais le mélange se conserve mal et l'essence, toute formée ici, se volatilise trop vite.

Le meilleur moyen de l'utiliser est d'en faire une solution aqueuse à 1 *g.* 25 pour 1.000. On verse dans un litre d'eau 12 cm^3 5 de solution alcoolique d'essence (à 1 pour 10 dans l'alcool à 70°) et on agite jusqu'à dissolution. Il est préférable, pour éviter une agitation prolongée, d'utiliser une émulsion à 5 pour 100 d'essence et à 5 pour 100 de farine de marron d'Inde dont on verse 25 cm^3 dans un litre d'eau. Un simple brassage permet la suspension, puis la dissolution de l'essence dans l'eau.

On utilise en général 125 cm^3 de la solution aqueuse d'essence dont on imprègne un linge pour faire un enveloppement du thorax. Après essorage on applique le linge sur la peau et laisse en contact de quatre à cinq minutes. La révulsion obtenue est en général suffisante.

La solution aqueuse se conserve pendant quelques jours.

On ne peut pas utiliser une solution plus concentrée en essence car il faut que celle-ci reste dissoute : quand elle est en excès, elle se rassemble en petites gouttelettes qui provoquent localement une rubéfaction douloureuse. En réservant aux cas qui exigent une révulsion très énergique le peu de farine de moutarde dont on pouvait disposer au cours de ces derniers hivers, on a pu réaliser ainsi dans les hôpitaux de Paris une grosse économie de cette farine.

Lorsque l'on cherche à réaliser une révulsion plus localisée et plus énergique, comme celle que produit le sinapisme en feuille, on peut badigeonner pendant trente secondes l'endroit choisi avec une solution alcoolique d'essence à 1 pour 100. On recouvre ensuite avec du coton cardé. Quand l'action révulsive doit être progressive on peut faire une friction légère pendant trente secondes, également avec une solution de 1 *g.* d'essence de moutarde dans 50 *g.* d'essence de térébenthine.

Antiseptiques.

Nous donnerons seulement quelques notions pratiques touchant l'antisepsie de la peau, la conservation et la stérilisation de l'eau et la préparation de la liqueur de Dakin.

Antisepsie de la peau. — L'usage de la teinture d'iode officinale qui renferme le 1/15 de son poids d'iode (et de l'iodure de potassium pour éviter la formation d'acide iodhydrique fort caustique) doit être actuellement à éviter entièrement. L'iode et les iodures qui en dérivent doivent en effet être strictement réservés aux cas où leur action est spécifique : traitement de la syphilis, des mycoses, association avec le traitement sulfamidé, etc.

Si l'on jugeait cependant indispensable l'application cutanée de l'iode comme antiseptique, il suffirait d'utiliser l'alcool iodé à 2 ou même 1 pour 100.

Le plus souvent, dans le traitement des plaies superficielles, on peut substituer avec avantage à l'iode l'hydroxymercuri-dibromofluorescéinate de sodium en solution à 2 pour 100 dans l'eau ou dans l'alcool (l'alcool à 50° suffit pour le dissoudre).

Conservation et stérilisation de l'eau de boisson. — L'eau potable — surtout quand elle n'a pas été bouillie — maintenue même en vase clos ne peut être conservée que pendant quelques jours.

La destruction par des oxydants des matières organiques qu'elle renferme lui assure une conservation de durée considérable et peut même la rendre stérile. Les matières organiques sont en général en faible quantité dans une eau potable (au plus 3 *mg.* par litre exprimés en oxygène absorbé). L'usage de bouteilles à vin mal lavées, le contact de l'eau avec des bouchons de liège augmentent le taux et la quantité d'oxydant à utiliser. Conservation et stérilisation seront assurées par la présence dans l'eau d'un petit excès permanent d'oxydant.

On a recours dans la pratique aux halogènes et au permanganate de potassium.

Parmi les halogènes, le *chlore* est d'usage facile et courant (méthodes de javellisation ou de verdunisation).

On conseille souvent d'ajouter à un litre d'eau I ou II gouttes d'eau de Javel. Si le titre de celle-ci est de 10° chlorométriques (correspondant à 10 litres de chlore, soit 31 *g.* 5 de chlore par litre) une ou deux gouttes renferment 1 *mg.* 6 à 3 *mg.* 2 de chlore, c'est-à-dire une dose suffisante en général pour assurer non pas la destruction totale des matières organiques sous l'action oxydante indirecte du chlore mais la présence d'un excès de chlore décelable encore après trente minutes par l'iodure de potassium en milieu acide. Les eaux très polluées exigent jusqu'à 8 *mg.* et plus de chlore par litre. L'eau ainsi chlorée a une saveur peu agréable : on peut, au moment de l'emploi, détruire l'excès de chlore par des traces d'hyposulfite de sodium.

La chloramine peut être substituée à l'hypochlorite : on l'utilise à la dose de 0 *g.* 05 par litre d'eau; trente minutes de contact.

On peut employer l'*iode* : on verse dans l'eau quelques gouttes de solution de Lugol, assez pour donner à l'eau une teinte faiblement jaunâtre. L'excès d'iode peut être détruite, ici encore, par l'addition de faibles quantités d'hyposulfite de sodium faite au moment de l'emploi.

On peut avoir recours, surtout actuellement, au *brome* : la méthode est plus délicate et demande à être appliquée avec prudence. D'après R. Charonnat, 4 à 5 *mg.* de brome libre par litre d'eau de source en assurent après trente minutes la conservation et la rendent stérile ; quelquefois 20 à 25 *mg.* de brome sont nécessaires (eau de rivière, eau suspecte).

Pour réaliser cette concentration en brome on peut utiliser une solution de 3 *g.* de brome additionnée de 3 *g.* de bromure de sodium pour 100 dont II gouttes contiennent environ 3 *mg.* de brome.

Un faible excès de brome libre contenu dans l'eau ne présente pas d'inconvénient du point de vue de la potabilité ; on peut le détruire par l'hyposulfite de sodium ou l'éliminer par filtration sur du charbon actif.

L'usage du *permanganate de potassium* est actuellement très répandu. Oxydant énergique, le permanganate détruit les matières organiques, quelle que soit la réaction du milieu. Pour s'assurer que l'on a bien employé l'excès d'oxydant nécessaire, on doit constater que l'eau traitée garde bien une coloration franchement rose. En général quelques gouttes d'une solution à 5 ou même à 1 pour 100 suffisent. On s'assurera après quelques jours que la coloration persiste toujours nettement et on la renforcera s'il est nécessaire. L'eau ainsi traitée reste potable pendant plusieurs semaines. Le faible excès de permanganate qui colore l'eau ne lui communique qu'une légère saveur métallique. On pourra séparer par décantation ou par filtration sur un linge, l'oxyde de manganèse, brun, d'ailleurs non nocif qui s'est formé dans la réaction et qui s'est lentement déposé.

Liqueur de Dakin. — Deux solutions diluées d'hypochlorite de sodium sont utilisées en chirurgie : 1° le soluté dit liqueur de Labarraque titrant 2° chlorométriques (c'est-à-dire dégageant par litre 2 litres de chlore), à réaction fortement alcaline. Le plus généralement la liqueur de Labarraque est préparée par simple dilution de l'eau de Javel. Le Codex la fait préparer par réaction entre le chlorure de chaux et le carbonate de sodium; 2° le soluté dit liqueur de Dakin titrant 1°5, à réaction neutre à la phtaléine, l'alcalinité de la liqueur de Labarraque avec laquelle on le prépare ayant été tamponnée par addition de 15 *g.* de bicarbonate de sodium par litre.

Comment parer à la pénurie actuelle de l'eau de Javel et au manque relatif de carbonate et de bicarbonate de sodium ?

On peut avoir recours au chlorure de chaux. Un épuisement convenable à l'eau fait passer en solution l'hypochlorite de calcium : la solution obtenue peut être diluée et utilisée comme soluté de Labarraque; elle peut être additionnée de bicarbonate de sodium et utilisée comme soluté de Dakin. Voici comment il faut opérer. 500 *g.* de chlorure de chaux titrant de 80° à 100° sont mis en contact pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures avec 10 litres d'eau ordinaire. On agite de temps en temps. On décante, on obtient une solution titrant de 3° à 4°5 fortement alcaline ($pH = 10$) et qu'une dilution convenable peut transformer en soluté de Labarraque.

Pour obtenir du Dakin, on additionne 1 litre de la solution précédente à 3° ou 4°5 de 4 *g.* (quantité optima) de bicarbonate de sodium par litre, qui assure le passage du pH à 6,5 ou 7 : on réalise donc une grosse économie de bicarbonate sur la

quantité prescrite par le Codex. On sépare par filtration le carbonate de calcium qui s'est précipité et on amène par dilution au titre de 1°5 que l'on vérifie par dosage.

Le chlorure de chaux que l'on a traité une première fois n'est pas épuisé. Une nouvelle agitation avec 10 litres d'eau au cours de vingt-quatre ou quarante-huit heures donne une solution fortement alcaline encore ($pH = 10$ dû à la chaux) et titrant de 0°6 à 1° que l'on peut utiliser pour diluer le soluté de Labarraque ou celui de Dakin, l'addition de 4 *g.* de bicarbonate de sodium par litre ramenant ici encore le pH à 6,5 ou 7.

Ces chiffres sont donnés à titre d'exemple. Il y aura lieu de réaliser des dilutions convenables d'après les titres en chlore trouvés aux différents temps de l'opération.

Une troisième extraction du chlorure de chaux ne donne que des solutions de degré chlorométrique trop faible pour qu'elles soient utilisées.

René Hazard.

Livres Nouveaux

Maladies des reins, par Pasteur Vallery-Radot et Pierre Delafontaine. 1 vol. de 720 pages avec 96 figures et 1 planche en couleurs, 4e édition 1944 (Tome V du *Précis de Pathologie médicale.*) [*Masson et Cie*, éditeurs]. — Prix : broché, 220 fr.; cartonné, 270 fr.

Ce volume, consacré aux maladies des reins, est un ouvrage remarquable par sa précision et sa clarté dans une matière où il y a quelque mérite à en avoir. Il dépasse de beaucoup le but didactique qu'il s'est proposé et sera lu avec fruit par les urologues — tant chirurgicaux que médicaux — les plus avertis de leur discipline.

Il diffère des éditions précédentes par de nombreux et précieux enrichissements.

Le chapitre de la physiologie du rein fait une large place aux recherches nouvelles suscitées par la théorie de la « filtration-résorption ». Le chapitre de sémiologie comprend une partie analytique où sont exposés un à un tous les symptômes permettant l'étude de l'appareil urinaire malade, et en particulier les méthodes si importantes d'exploration fonctionnelles, et une partie synthétique où nous retrouvons le tableau des grands syndromes urinaires.

La partie magistrale de ce traité est consacrée à l'étude des néphrites : description des quatre grands syndromes de Widal, dont les conceptions physio-pathologiques ont résisté à l'épreuve du temps, à la gloire du pénétrant génie de leur auteur; étude très moderne des divers troubles humoraux qui peuvent s'associer aux syndromes de Widal : acidose, hypochlorémie, rétention chlorée sèche, troubles des métabolismes de l'eau, des protides, des lipides, des glucides et des matières minérales.

Un très brillant chapitre d'anatomie pathologique étudie une à une chacune des lésions élémentaires qui peuvent affecter le parenchyme rénal, puis envisage leur groupement, leur succession dans chacun des types cliniques de néphrite.

Nous sommes ensuite guidés avec infiniment de rigueur — ce qui est bien méritoire en un sujet si protéiforme — dans le feutrage des formes cliniques et étiologiques des néphrites. On trouvera d'utiles renseignements sur les hépato-néphrites, les néphrites des enfants, le nanisme rénal, la néphrose lipoïdique, la syphilis rénale. Le livre se termine sur un bon exposé des affections médico-chirurgicales des reins.

Ont collaboré à ce livre avec MM. Pasteur Vallery-Radot et Delafontaine, Mlle Gauthier-Villars pour l'anatomie pathologique, M. Hamburger pour la physiologie normale et la physiologie pathologique des néphrites, M. Seringe pour les néphrites infantiles, M. Guillaumat pour les troubles oculaires dans les néphrites.

Moderne, complet tout en restant précis et clair, ce livre, richement illustré, fait honneur à l'école urologique médicale française et est digne de la mémoire de Widal, qui fut, sans conteste, un de ses plus grands représentant.

G. Wolfromm.

Le Catgut (Les ligatures et les sutures chirurgicales à travers les âges), par A. Fandre, 1 vol. de 652 pages avec 137 fig. (*Masson* et *Cie*, édit.), 1944. — Cartonné : 350 fr.

La question des fils à ligatures en général et celle du catgut tout particulièrement est exposée ici avec une ampleur de vues, une abondance de documents qui soulignent la haute compétence de M. Fandre, spécialisé dans la fabrication de la corde à boyau. L'ouvrage est divisé en trois parties : la première est consacrée à l'histoire des ligatures et sutures à travers les âges; la deuxième traite de toutes les questions techniques : préparation, action des antiseptiques et aseptisation, contrôle de la solidité et de la stérilisation, résorption. Dans la troisième partie M. Fandre a rassemblé les lois qui réglementent dans divers pays (la France a ici un gros retard à combler) la fabrication d'un objet de pansement qui joue dans la technique chirurgicale un rôle si important.

Un index bibliographique de 470 références termine l'ouvrage.

Dans une préface élogieuse, le Prof. L. Bruntz, ancien recteur de l'Académie de Nancy, dit tout le bien qu'il faut penser de cette « véritable œuvre de bénédictin, fruit d'une vie entière de travail acharné et de labeur opiniâtre ». Les lecteurs les plus compétents et les plus intéressés à la question ne manqueront pas de ratifier ce jugement.

René Hazard.

Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale. La thérapeutique hormonale des maladies digestives, par M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas. 1 vol. in-8 de 256 pages (*Librairie Maloine*), Paris-Montpellier, 1944.

Ce qui fait le très grand intérêt de ce livre, c'est que les auteurs, délaissant les chemins battus, nous entraînent dans des voies nouvelles. Secouant, non sans raison, le joug de l'anatomie pathologique qui a pesé si lourdement sur la pathologie, ils mettent au premier plan des préoccupations médicales l'étude et la description des troubles fonctionnels. Cette conception moderne de la médecine conduit à placer la physiologie à la base de la pathologie et à considérer la clinique comme un vaste chapitre de physiologie pathologique.

Utilisant les méthodes actuelles d'exploration médicale et tenant compte des résultats fournis par les opérations chirurgicales, M. Chiray et ses collaborateurs ont édifié une pathologie nouvelle des syndromes digestifs qui a pour base l'action réciproque des organes de la digestion et des sécrétions hormonales.

Après avoir repris la description des syndromes digestifs qu'on peut observer dans les affections endocriniennes, M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas indiquent l'action des diverses hormones qu'ils étudient une à une et montrent comment elles agissent, le plus souvent par l'intermédiaire du système neuro-végétatif. Ils sont conduits ainsi à faire une étude fort intéressante et, en bien des points, fort originale, des dystonies digestives, des hémorragies et des ulcérations et font voir le rôle des organes endocriniens dans le développement des cirrhoses et des cholécystites. Toutes leurs assertions s'appuient sur de nombreuses observations cliniques et sur des recherches expérimentales. Celles-ci sont fort délicates et semblent parfois décevantes : c'est que l'hyper ou l'hypofonctionnement d'une glande peut produire le même effet. « Tout se passe, disent M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas, comme si les relations du système sympathique et des sécrétions hormonales étaient régies par un seuil en amont et en aval duquel la même irritation et, par voie de conséquence, le même bouleversement peuvent survenir. » La notion dominante est donc celle du déséquilibre hormonal.

Les résultats rapportés par M. Chiray, H. Mollard et H. Maschas et les conceptions générales qu'on en peut tirer conduisent à des applications pratiques dont l'importance est considérable. Il faut, en effet, préciser les indications thérapeutiques qui conviennent : radiothérapie, médications endocrines, intervention chirurgicale. Les médications endocrines doivent être employées avec tact et prudence; elles exigent des observations minutieuses et complètes qui sont soigneusement formulées dans le livre que nous analysons : on ne peut pas trouver un meilleur guide.

H. Roger.

La chimie du cerveau, par Paul Chauchard, 1 vol. de 128 p. Collection « Que sais-je ? » (*Presses Universitaires de France*), 1943.

M. Paul Chauchard donne dans ce petit livre une suite au volume qu'il a déjà publié dans les premiers parus de la même collection, sur *le système nerveux et ses inconnues.*

Aujourd'hui les manifestations de l'activité nerveuse apparaissent comme conditionnées par des phénomènes électriques et ceux-ci dépendent de certains processus chimiques fondamentaux. M. Chauchard en étudie l'essentiel. Après avoir rappelé les principales caractéristiques chimiques de la substance nerveuse, il envisage son dynamisme, les échanges de matière et d'énergie qui marquent son fonctionnement, puis les processus de la nutrition du cerveau dans l'organisme : sang, oxygénation, alimentation, rôle des vitamines, des hormones, etc. La troisième partie du volume est consacrée à la sensibilité chimique, en particulier à la transmission chimique de l'influx nerveux et au rôle des substances chimiques dans le développement et l'édification du système nerveux.

Vaste ensemble de problèmes présenté d'une façon très claire et très attachante dans une remarquable synthèse.

Ph. Pagniez.

INFORMATIONS

(*Suite* de la p. 242.)

ORDONNANCE DU 9 AOUT 1944
rétablissant la Légalité Républicaine sur le territoire continental

Dans l'ordonnance du 9 Août 1944, complétée par l'ordonnance du 11 Octobre 1943 (*J. O.*, 12 Octobre 1943) relatives au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, il est expressément constaté la nullité des actes visés aux tableaux I et II, annexés à la dite ordonnance :

Tableau I.

La constatation de nullité des actes mentionnés au tableau I vaut pour les effets découlant de leur application antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

Nous notons parmi ces actes : la loi du 22 Novembre 1941 concernant l'*exercice de la médecine;* la loi du 31 Décembre 1941 concernant l'*exercice de la médecine et de la chirurgie des animaux ;* la loi du 14 Septembre 1943 *relative à l'organisation de la profession de sage-femme.*

Tableau II.

La constatation de nullité des actes mentionnés au tableau II ne porte pas atteinte aux effets découlant de leur application antérieure à la mise en vigueur de cette ordonnance; nous citons parmi ceux-ci :

— Décret du 23 Février 1941, relatif à l'*organisation des études pharmaceutiques.*

— Loi du 19 Octobre 1942, instituant une *limite du nombre des étudiants admis à s'inscrire en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.*

— Loi du 29 Octobre 1942, relative aux *inscriptions et immatriculations dans les établissements d'enseignement supérieur.*

— Tous les actes relatifs au *Centre national de la recherche scientifique.*

Tableau III.

L'article 5 de la même ordonnance déclare immédiatement exécutoires sur le territoire continental de la France les textes visés au tableau III (ordonnances, décrets et arrêtés du Comité français de la Libération nationale).

Voici les principaux textes que nous avons relevés :

***

Exercice de la Médecine
par les Étrangers naturalisés français

Par décret du 18 *Octobre* 1943 :

Art. 1er. — Les titulaires d'un diplôme étranger de docteur en médecine qui postuleront le diplôme d'Etat français devront :

1° Justifier des titres initiaux requis pour l'inscription au doctorat d'Etat français ;

2° Satisfaire à tous les examens. Ils pourront être dispensés de 3 années de scolarité au maximum.

Les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine d'une Université française et les étudiants en cours d'études pour le diplôme, qui postuleront le diplôme d'Etat, seront astreints aux mêmes obligations.

Toutefois, la dispense de scolarité pourra être étendue pour eux à 4 années.

Art. 2. — Les étudiants de nationalité étrangère ne pourront s'inscrire aux Facultés et Ecoles françaises métropolitaines de médecine, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de docteur en médecine, s'ils ne justifient pas des titres initiaux français requis par les règlements afférents à ce diplôme d'Etat.

Il ne sera accordé aux étudiants étrangers ou naturalisés français, postulant le diplôme d'Etat de docteur en médecine, aucune dispense d'examens et de scolarité en vue de leur inscription dans les Facultés et Ecoles de médecine, quelle que soit la durée des études faites par eux à l'étranger.

L'étudiant de nationalité étrangère ne pourra être inscrit dans une Faculté ou Ecole de médecine française en vue de l'obtention du diplôme d'université s'il ne possède tous les titres initiaux lui permettant de s'inscrire régulièrement à une Faculté de médecine de son pays d'origine.

Art. 3. — Les titulaires d'un diplôme étranger de chirurgien dentiste, qui postuleront le diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste, devront posséder les titres initiaux exigés des étudiants français lors de leur inscription en vue du diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste.

Aucune dispense d'examen ne sera accordée.

Les dispositions du paragraphe ci-dessus s'appliqueront à tout étranger possesseur du diplôme d'université français qui postulera le diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste. Toutefois, le bénéfice d'une dispense d'une seule année de scolarité pourra lui être réservé.

Art. 4. — Pour s'inscrire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat français de chirurgien dentiste, tout étudiant étranger devra faire la preuve des titres initiaux exigés des étudiants français.

Quelle que soit la durée des études faites par lui à l'étranger, il ne pourra bénéficier d'aucune dispense de stage, de scolarité ou d'examen.

Art. 5. — Tout étranger naturalisé et muni du diplôme d'Etat de docteur en médecine :

1° Pourra immédiatement exercer la médecine s'il a accompli le temps légal de service militaire actif, s'il a servi dans l'armée française en qualité d'engagé volontaire au cours d'opérations militaires depuis 1914, ou s'il a été mobilisé au cours de la guerre actuelle ;

2° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal à la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli s'il a été exempté totalement des obligations militaires françaises par un conseil de revision ou partiellement par un conseil de réforme, ou si la loi de recrutement ne lui est pas applicable en raison de son sexe, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

3° Pourra exercer la médecine seulement après un délai égal au double de la durée du service militaire qu'il n'aura pas accompli si, en raison de son âge, il a été dispensé de la totalité ou d'une partie du temps légal du service militaire actif, ce délai devant partir du jour de l'obtention du diplôme ;

4° Devra subir un délai d'attente de 5 ans après l'obtention du droit d'exercer pour remplir des fonctions ou emplois de médecine publique. Ce délai ne sera pas exigé des médecins qui auront servi comme engagés volontaires dans l'armée française au cours d'opérations militaires depuis 1914.

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux chirurgiens dentistes.

Art. 6. — Le présent décret est applicable à l'Algérie. Toutefois, les dispositions du décret du 15 Mai 1940 relatives à l'utilisation des médecins étrangers en Algérie pendant les hostilités restent valables.

Il pourra être étendu par voie de décret et sous réserve des modifications nécessaires aux différentes colonies.

(*J. O.*, Alger, 21 Octobre 1943.)

***

Suppression de l'Ordre des Médecins

Un *décret du* 18 *Octobre* 1943 abroge les textes dits lois du 7 Octobre 1940, du 2 Août 1941 et du 10 Septembre 1942 sur l'Ordre des médecins, ainsi que les dispositions qui ont modifié ces textes ou les ont appliqués aux territoires relevant du Comité français de la Libération nationale.

Les archives et tous documents des Ordres de médecins seront remis au commissariat à l'Education nationale et à la Santé publique. Les biens seront mis sous séquestre.

(Extr. du *J. O.*, Alger, 21 Octobre 1943).

Un décret du 25 *Janvier* 1944, publié le 29 Janvier 1944, complétait le texte précédent et précisait que les syndicats des médecins reconstitués pourraient, dans un délai de 6 mois, prélever dans les biens mis sous séquestre, ceux qui, leur appartenant, avaient été transférés aux conseils de l'Ordre des médecins en application de l'acte dit « loi du 7 Octobre 1940 ».

Mais, actuellement, aucune mesure ne doit être prise pour la reconstruction de ces syndicats avant la publication d'un nouveau texte réorganisant les syndicats et l'Ordre des médecins.

Nous avons d'ailleurs reçu du ministère de la Santé publique les précisions suivantes :

« L'ordonnance du 18 Octobre 1943 a été prise à Alger, mais elle n'a pas été rendue applicable dans la Métropole. Nous avons jugé qu'une question de cette importance ne pouvait être traitée qu'avec les avis autorisés du Corps Médical français ; une Commission technique a été réunie à cet effet.

« Une ordonnance relative à l'exercice de la médecine et de l'art dentaire et à l'organisation des professions médicale et dentaire sera promulguée prochainement ; elle précise les conditions nécessaires à l'exercice de ces professions et crée un *Ordre des médecins* qui sera essentiellement disciplinaire. »

(*J. O.*, Alger, 29 Janvier 1944.)

***

Une ordonnance du 15 Mars 1944 (*J. O.*, Alger, 23 Mars 1944) frappe d'inéligibilité aux Conseils et Chambres des médecins et des praticiens de l'art dentaire les médecins et chirurgiens dentistes ayant appartenu aux groupements antinationaux.

***

ORGANISATION D'UNE DIRECTION DU Service de santé colonial

Voici les dispositions principales de ce décret daté du 25 *Janvier* 1944 :

Il est créé au commissariat aux Colonies une direction du service de santé colonial (personnel militaire hors cadres et personnel civil).

Le directeur, qui est officier général, préside le Conseil supérieur de Santé des colonies et contrôle le fonctionnement des services dans la métropole. Il est à ce titre placé sous l'autorité directe du commissaire aux Colonies ; il contrôle le personnel dans les cadres, tant celui présent dans la métropole que celui en service dans les colonies ou les territoires sous mandat ; il est, à ce titre, placé sous l'autorité immédiate du commissariat à la Guerre (direction des troupes coloniales).

La direction du service de santé colonial comprend un secrétariat et 4 bureaux.

L'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales de Marseille continue à dépendre directement du commissaire à la Guerre et à l'Air (direction du service de santé colonial, 1er bureau).

Le directeur du service de santé colonial est secondé par un médecin général ou médecin colonel qui prend le titre d'adjoint.

Toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret, en particulier celles contenues dans l'arrêté n° 1169 du 13 Février 1940, sont et demeurent abrogées.

(*J. O.*, Alger, 4 Mars 1944.)

***

Dispositions en faveur de certaines catégories d'étudiants

Par décret du 26 *Juin* 1944 :

Art. 1er. — Les étudiants victimes des lois d'exception, ou qui du fait de la guerre ont eu leurs études interrompues pendant un an au moins, bénéficient des mesures prévues aux articles ci-après.

Art. 2. — Les étudiants mobilisés peuvent prendre des inscriptions dans les mêmes conditions que les étudiants non mobilisés ; des inscriptions cumulatives peuvent être accordées par le recteur, après avis du doyen.

Art. 3. — Des sessions supplémentaires d'examens peuvent être organisées en Janvier et en Avril, à la diligence du doyen, ainsi que des cours de préparation à ces examens, compte tenu des nécessités propres aux études dans chaque Faculté.

Art. 4. — Le bénéfice de l'admissibilité est maintenu pour une session au profit des étudiants qui, pour une raison militaire établie, ne peuvent se présenter à la session qui suit celle où ils ont été déclarés admissibles.

Art. 5. — La 6e année d'études en vue du doctorat en médecine est supprimée en faveur des étudiants visés à l'article 1er.

Art. 6. — Les étudiants qui ont déjà fait l'objet de mesures individuelles leur permettant de récupérer une année d'études sont exclus du bénéfice des dispositions ci-dessus.

(*J. O.*, Alger, 17 Août 1944.)

Comité technique des Spécialités

Par arrêté du 10 Septembre 1944, ont été nommés membres du Comité technique des spécialités : MM. les Prof. BAUDOIN, BOUGAULT, HAZARD, DAMIENS, LESPAGNOL, Prof. agrégés JUSTIN-BESANÇON et JEANNE LÉVY ; docteur LAFAY ; MM. ROBERT MIDY, AUBRY, VAILLE.

(*J. O.*, 8 Octobre 1944.)

SUPPRESSION DE L'A. P. M. et rétablissement du P. C. B.

Conformément au décret qui vient de paraître au *Journal Officiel*, l'A. P. M. est supprimé. Les dispositions réglementaires relatives à l'enseignement préparatoire P. C. B. sont provisoirement remises en vigueur. Toutefois le programme de biologie de ce certificat sera élargi dans des conditions qui seront fixées ultérieurement.

Régimes applicables aux malades de la Seine

à dater du 1er Novembre 1944

RÉGIME DE SURALIMENTATION. — Réservé exclusivement :

1° Aux convalescents d'opération chirurgicale sérieuse ou de maladie grave ; 2° aux malades atteints d'anémie grave caractérisée par un chiffre globulaire inférieur à 2.500.000 globules rouges par millimètre cube ; 3° aux tuberculeux pulmonaires présentant des lésions indiscutables et en activité, notamment aux malades porteurs d'un pneumothorax thérapeutique pendant la première année, sous réserve de prolongation possible ; 4° à tous les tuberculeux médicaux et chirurgicaux, à l'exclusion des formes fixées ou des séquelles ; 5° à titre tout à fait exceptionnel, aux malades dont l'état de dénutrition met la vie en danger.

De plus, seuls les consommateurs des catégories E et J-1 pourront, sur leur demande et si le certificat médical le mentionne, être classés en catégorie M, c'est-à-dire percevoir une ration quotidienne de 350 g. de pain, mais ils perdront de ce fait le bénéfice des attributions spéciales réservées à leur catégorie d'origine.

Les femmes enceintes qui touchent les suppléments alimentaires accordés à compter du quatrième mois de la grossesse peuvent bénéficier, en même temps, de la suralimentation, si elles remplissent les conditions nécessaires à l'obtention dudit régime.

Suppléments quotidiens alloués : 45 g. de viande ; 15 g. de matières grasses.

Validité des certificats : 1 mois.

RÉGIME I (LACTÉ). — Supplément : 1 litre 1/2 de lait par jour, et supplément de 1 kg. 250 de sucre par mois.

Pas de viande, pas de matières grasses, pas de fromage (tickets-chiffres et tickets-lettres). Pain : 2 kg. 100 pour le mois (1 carte E qui leur permettra de se procurer des farines de régime).

Validité des certificats : de 5 jours à 3 mois.

RÉGIME II (LACTO-VÉGÉTARIEN). — Suppléments de 1/4 de litre de lait par jour, 750 g. de pâtes, 750 g. de sucre et 6 kg. de pommes de terre par mois.

Pas de viande ni de fromage (tickets-chiffres et tickets-lettres). Pas de vin.

Validité des certificats : de 10 jours à 3 mois.

RÉGIME III (RESTRICTION HYDRO-CARBONÉE). — Exclusivement réservé aux malades atteints de diabète confirmé (ne peut en aucun cas être établi en faveur de dénutris ou d'anémiés).

Par mois : pommes de terre : supplément de 8 kg. ; pain, ration de 3 kg. ; fromage, ration de 820 g. ; matières grasse, ration de 1 kg. 600 ; viande, ration de 5 kg. 500.

Pas de distinctions entre les catégories.

Pas de tickets normaux de viande, de matières grasses, de fromage (tickets-chiffres et tickets-lettres). Pas de sucre aux titulaires non traités par l'insuline.

Validité des certificats : de 1 mois à 3 mois.

RÉGIME III *bis* (RESTRICTION HYDRO-CARBONÉE). — Ce régime qui n'était prescrit que dans les régions où, en raison de la pénurie de viande, les diabétiques ne pouvaient être soumis au régime III, est supprimé.

RÉGIME IV. — Réservé aux pensionnés de l'Etat à 100 pour 100, pour tuberculose, qui bénéficient : soit de l'indemnité de soins ; soit de certaines dispositions de l'art. 10 de la loi du 31 Mars 1919 ou du décret du 17 Juin 1938.

Il continuera à être délivré suivant les conditions établies.[1]

Suppléments par rapport au régime normal : lait, 1/2 litre par jour ; viande, 30 g. par jour ; matières grasses, 10 g. par jour ; pâtes, 1.000 g. par mois ; sucre, 500 g. par mois ; pommes de terre, 10 kg. par mois et œufs, 8 par mois, dans la mesure où les approvisionnements locaux le permettent.

Les titulaires de ce régime pourront opter entre le régime IV et le régime de suralimentation.

RÉGIMES SPÉCIAUX. — Enfin, il peut arriver qu'un malade ait besoin de suivre un régime non prévu. En ce cas, un certificat médical détaillé, mentionnant exactement la nature de la maladie, le traitement prescrit et le régime sollicité, devra être adressé, comme par le passé, à la direction générale du Ravitaillement, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, qui le soumettra au Comité scientifique consultatif attaché au Ravitaillement.

1. Voir *La Presse Médicale*, 1943, n° 19, 272.

La vaccination antiamarile devient obligatoire EN A. O. F., A. E. F., AU CAMEROUN ET AU TOGO

Par décret du 24 Janvier 1944 la population européenne et indigène de ces territoires et toutes les personnes qui sont autorisées à s'y rendre ou à les traverser devront être immunisées contre la fièvre jaune.

(*J. O.*, 27 Janvier 1944.)

RATTACHEMENT DE l'École française de Stomatologie à la Faculté de Médecine de Paris

Par décret du 26 Septembre 1944, l'Ecole française de stomatologie est rattachée à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

(*J. O.*, 29 Septembre 1944.)

Laboratoires privés d'analyses médicales

Par arrêté du 5 Octobre 1944, il est créé au ministère de la Santé publique une Commission temporaire chargée d'étudier le statut des laboratoires privés d'analyses médicales.

Sont nommés membres de la Commission :

MM. le Prof. POLONOVSKI, président ; Prof. FLEURY, vice-président ; DESBORDES (hôp. Bichat), secrétaire général ; CAVAILLON, représentant M. le ministre de la Santé publique ; le directeur de la Santé ; le chef au service central de la Pharmacie ou son représentant ; Prof. agrégé BONNET (Paris) ; CUNY, DEMANCHE, DURUPT, le Prof. FABRE, GRIGAUT, GUILLAUMIN, le Prof. agrégé JUSTIN-BESANÇON, M. LAUDAT Mlle le Prof. ag. Jeanne LÉVY ; MM. MABILEAU, MAURIC, le Prof. PAGET (Lille), PARAF, ROUSSELOT (Caen), VERAIN (Nancy).

(*J. O.*, 30-31 Octobre 1944.)

Diplôme d'État de sage-femme

Le nombre maximum des élèves qui peuvent suivre, après concours, l'enseignement théorique et pratique en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme est fixé, pour 1944-1945, à 251, réparties entre les différentes écoles de France.

(Extrait du *J. O.*, 8 Octobre 1944.)

ORDONNANCE DU 22 AOUT 1944 Préservation des intérêts des Médecins retenus en captivité

Art. 1er. — Sont validés les articles 1er à 5 et 7 à 9 de l'acte dit « loi du 28 Août 1942 »[1] relatif à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité et les articles 1er et 2 de l'acte dit « loi du 24 Décembre 1942 »[2] sous réserve des modifications contenues dans la présente ordonnance.

L'article 6 de l'acte dit « loi du 28 Août 1942 » est et demeure nul.

Art. 2. — L'article 1er de l'acte dit « loi du 28 Août 1942 » est modifié comme suit :

« Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins 12 mois à partir du 2 Septembre 1939. »

Art. 3. — L'article 1er de l'acte dit « loi du 24 Décembre 1942 » sera modifié de la façon suivante :

« Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins 12 mois à partir du 2 Septembre 1939 ».

Art. 4. — Dans les articles 3 et 5 de l'acte dit « loi du 28 Août 1941 », les termes « conseil supérieur de l'Ordre » et « conseil départemental » sont remplacés par « syndicat départemental ».

Art. 5. — Les effets résultant de l'application antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance des articles 1er à 9 de l'acte dit « loi du 28 Août 1942 » et des articles 1er et 2 de l'acte dit « loi du 24 Septembre 1942 » visés à l'article 1er sont validés.

(*J. O.*, 26 Août 1944.)

Infirmiers et Infirmières hospitaliers

Reçoit force d'ordonnance à la date de sa mise en vigueur l'acte dit *loi n° 372 du 15 Juillet* 1943 relative à la formation des infirmiers et infirmières hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession, sous réserve des modifications suivantes :

Sont et demeurent nuls les articles 7 et 11 de l'acte dit « loi du 15 Juillet 1943 » qui ont institué une union nationale des infirmiers et infirmières hospitaliers.

Le premier alinéa de l'article 1er est modifié et remplacé par les dispositions suivantes :

« La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier peuvent être prononcées dans les conditions fixées par l'article 19 de l'ordonnance du 18 Octobre 1943 relative à l'exercice de la médecine. »

Infirmières et Sages-Femmes coloniales

Par décret du 22 Août 1944, il est créé pour l'ensemble des territoires coloniaux et de protectorat relevant de l'autorité du commissaire aux Colonies un cadre général d'infirmières et de sages-femmes coloniales.

Les infirmières peuvent être utilisées dans les hôpitaux du service général et de l'assistance médicale indigène, dans les services d'hygiène et de médecine préventive, dans les dispensaires, dans les équipes mobiles de prophylaxie et de médecine sociale.

Aux sages-femmes sont réservés en principe les maternités et les services de protections de la mère et de l'enfant. Elles peuvent cependant, par nécessité de service, être chargées d'un emploi d'infirmière.

Les traitements vont de 18.500 à 36.000 fr. avec un supplément colonial et des indemnités diverses.

L'effectif est fixé à 300 (2/3 d'infirmières et de 1/3 de sages-femmes). Il pourra varier suivant le développement des services sanitaires dans les colonies et sera déterminé chaque année.

Les infirmières et sages-femmes coloniales doivent être de nationalité française ou naturalisées depuis plus de 10 ans, âgées de

1. Voir *La Presse Médicale*, 10 Octobre 1942, n° 45, 638.
2. Voir *La Presse Médicale*, 3 Avril 1943, n° 13, 174.

21 à 30 ans, être de bonne vie et mœurs, répondre aux conditions d'aptitude physique exigées par l'instruction sur les conditions d'aptitude physique au service colonial du 30 Juillet 1929, et être munies du diplôme d'Etat de sage-femme ou du diplôme d'Etat d'infirmière sanitaire coloniale.

Elles doivent accomplir une année de stage à l'expiration de laquelle elles sont titularisées ou licenciées ou admises à une nouvelle période de stage de 6 mois à la suite de laquelle elles sont, dans la même forme que ci-dessus, titularisées ou licenciées.

L'avancement en grade et en classe a lieu exclusivement au choix.

La Commission de classement du tableau d'avancement est composée du directeur du service de santé colonial au commissariat aux Colonies ou son représentant, d'un représentant de la direction du personnel au commissariat aux Colonies, d'un inspecteur des colonies représentant du contrôle, d'un des médecins chefs de section à la direction du service de santé colonial, de 2 infirmières ou sages-femmes.

(Extrait du *J. O.*, 31 Août 1944.)

Université de Paris

Faculté de Médecine — Par arrêté du 4 Octobre 1944, sont réintégrés dans leurs fonctions : M. Lévy-Solal, professeur (à compter du 21 Décembre 1940) ; MM. Etienne Bernard, Haguenau, Halphen, Metzger, agrégés (à compter du 21 Décembre 1940) ; Chevallier, agrégé (à compter du 1er Octobre 1941).

— Par arrêté du 27 Septembre 1944, M. Moulonguet, agrégé, est nommé, à compter du 1er Juillet 1944, professeur de technique chirurgicale à la même Faculté (chaire créée par le décret du 22 Juillet 1943).

— M. Olivier, professeur sans chaire, est nommé pour 5 ans chef de travaux pratiques d'anatomie.

Leçon inaugurale. — M. Pierre Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive, fera sa leçon inaugurale au grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, le mardi 14 Novembre 1944, à 18 heures. Il continuera son enseignement au même amphithéâtre les jeudis, samedis et mardis suivants, à 17 heures.

Inscriptions en 1re année. — Par arrêté du 10 Octobre 1944, sont autorisés à prendre leur première inscription les candidats qui, ayant obtenu 10 à l'A. P. M., sont membres d'un groupement de Résistance ayant participé à la libération ou engagés dsna l'armée.

Prix de la Faculté de Médecine. — Les candidats sont priés de déposer leurs demandes sur papier timbré à 8 francs, avec leur travail, au secrétariat avant le 15 Décembre 1944.

Étudiants exclus des Facultés. — L'ordonnance du 9 Août 1944 constate la nullité de l'acte dit « Décret du 15 Juillet 1943 » portant exclusion des Facultés et Ecoles des étudiants qui se sont dérobés au Service du travail obligatoire.

Admission gratuite des officiers et soldats alliés dans les Facultés. — Par circulaire du 22 Septembre, le ministre de l'Education nationale a décidé d'admettre les officiers et soldats des armées alliées à suivre gratuitement les cours, conférences et travaux pratiques organisés dans tous les Etablissements d'enseignement supérieur et de leur accorder le libre accès des bibliothèques. Leur admission devra être prononcée sur la seule justification de leur qualité d'officier ou soldat des armées alliées.

Cours supérieur de Gynécologie et de Biologie appliquée. — M. le Prof. Pierre Mocquot; M. R. Moricard, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes, chef du Laboratoire; M. R. Palmer font ce cours à la clinique gynécologique Broca depuis le 6 Novembre jusqu'au 16 Décembre 1944 avec la collaboration de Mlle Gothie ; M P. Lejeune ; Mme Moricard ; Mlle Orsoni; M. J. Pulsford; M. Musset.

Ce cours s'adresse aux médecins désirant être mis au courant des méthodes récentes de diagnostic et de traitement en gynécologie. — Inscription, 500 fr., au secrétariat de la Faculté.

École de Stomatologie. — Ouverture de l'enseignement : 13 Novembre 1944. L'enseignement, répartit sur deux années scolaires, comporte : 1° l'enseignement clinique (stages hospitaliers) ; 2° l'enseignement théorique : *a*) à la Faculté de Médecine ; *b*) à l'Ecole de stomatologie, et 3° l'enseignement technique donné à l'Ecole de stomatologie.

Certificat de stomatologie. — A l'issue de la première et de la seconde année, les élèves subissent un examen écrit, oral et pratique qui porte sur toutes les matières enseignées.

Les cours de l'Ecole de stomatologie sont ouverts aux étudiants en médecine en dernière année de scolarité et aux médecins français et étrangers et à toutes autres personnes agréées par le Conseil d'administration de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Droits : immatriculation, 300 fr. ; bibliothèque, 200 fr. ; examen, 100 fr. (à verser à la Faculté) ; travaux pratiques, 4.000 fr., à verser à la Caisse de l'Ecole de Stomatologie, 20, passage Dauphine, 30, rue Dauphine, Paris-6e.

Technique d'exploration clinique et de séméiologie élémentaire. — Les conférences auront lieu tous les jours, de 17 à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique. En principe, elles sont réservées aux étudiants de première année.

10 Novembre, Prof. Baudouin : Introduction; M. Bariéty : Appareil respiratoire (5 conférences). 17 Novembre, M. Lenègre : Appareil circulatoire. 18 et 20 Novembre, M. Couvelaire : Le rein (2 conférences). 21 et 22 Novembre, Prof. Hazard : Examen des urines au lit du malade (2 conférences). 23 au 25 Novembre, M. Sicard : Affections chirurgicales des membres. Séméiologie des affections urgentes de l'abdomen (3 conférences). 27 Novembre au 1er Décembre, M. Cachera : Tube digestif et foie (5 conférences). 7 Décembre, M. Garcin : Système nerveux (5 conférences).

Institut d'Hygiène industrielle et de Médecine du travail. — Directeur, M. le Prof. M. Duvoir. Ouverture de l'enseignement, 14 Novembre 1944.

Enseignement théorique. — *Médecine du travail.* Directeur, Prof. M. Duvoir ; adjoints, MM. R. Piédelièvre, H. Desoille, agrégés; L. Dérobert, assistant. Ce cours sera professé les mardis et jeudis de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 heures à 18 heures, à l'Amphithéâtre de l'Institut Médico-légal (place Mazas) et traitera des questions suivantes: Introduction à la Médecine du Travail, législation. Les maladies professionnelles causées par les agents chimiques, physiques, végétaux et animés. L'organisation et les buts de la Médecine du Travail.

— *Hygiène et toxicologie industrielles.* Directeur, Prof. R. Fabre. Assistants, MM. Chéramy et Malangeau, chef de laboratoire. Ce cours sera professé les samedis de 15 h. 45 à 16 h. 45 et de 17 heures à 18 heures à l'Amphithéâtre de l'Institut Médico-légal (place Mazas) et traitera de l'hygiène industrielle générale (assainissement des ateliers, mode de travail, etc.) et de l'hygiène industrielle spéciale (étude technologique et toxicologique des agents chimiques, physiques, végétaux et animés intéressant la pathologie du travail.

A. — Enseignement pratique obligatoire. — *Stages hospitaliers* (à partir du 2 Décembre 1944) ; *Travaux pratiques de toxicologie industrielle et visites d'usines sous la direction de M. R. Fabre.*

B. — Enseignement pratique facultatif. — *Cours et travaux pratiques d'hématologie professionnelle*, sous la direction du Prof. M. Duvoir et *Stages hospitaliers.*

Centre de recherches et de documentation à l'Institut Médico-légal, place Mazas, Paris-12e. Tél. : Diderot 42-55.

Le centre de recherches, qui étudie l'anatomo et la physiopathologie professionnelles, la toxicologie et la prophylaxie des maladies professionnelles (chef de service, M. Dérobert), est à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à la Médecine du travail.

Diplôme. — L'obtention du diplôme de l'Institut d'hygiène industrielle et de Médecine du travail est subordonnée à l'assistance obligatoire aux cours et travaux pratiques et à la réussite aux examens qui auront lieu à la fin des cours. — Inscription jusqu'au 1er Décembre 1944. Immatriculation, 300 francs; bibliothèque, 200 fr. ; laboratoire (2 droits à 300 fr.), 600 fr. ; examen, 20 fr., au secrétariat de la Faculté.

Institut de Médecine légale et de psychiatrie. — Médecine légale. — Les cours théoriques seront professés les lundis, mercredis et vendredis, de 16 heures à 17 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, et le jeudi de 18 heures à 19 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian de la Faculté de Médecine, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie par le Prof. Duvoir et M. Henri Desoille, agrégé : 2° Médecine du travail, sous la direction de M. Duvoir; 3° Déontologie, droit médical, lois sociales, sous la direction de MM. Duvoir et Hugueney; 4° Questions médico-légales d'actualité, sous la direction de M. Piédelièvre, agrégé.

L'enseignement pratique aura lieu à l'Institut Médico-légal. 1° Autopsies; 2° Travaux pratiques de Médecine légale. Application des méthodes de recherche à la pratique médico-légale. Recherches toxicologiques.

Psychiatrie. — *Cours de clinique psychiatrique* par le Prof. Lévy-Valensi, assisté par M. Delay, agrégé.

Examen de malades et rédaction des rapports.

Droits à verser : Immatriculation, 300 fr. ; bibliothèque, 200 fr. ; 4 droits de laboratoire, 600 fr. ; examen, 20 fr.

Droit médical et lois sociales (Chaire de médecine légale : Prof. Duvoir). — Ce cours aura lieu le mardi de 18 à 19 h., à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de Médecine, du 21 Novembre au 13 Mars 1945. Les leçons seront faites par MM. Duvoir, Piédelièvre, Hugueney, Dérobert, Lévy-Valensi, Gaultier et Gougerot.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Massé, agrégé, est chargé de la direction des services de médecine opératoire.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Gabrielle, professeur sans chaire, est chargé, à titre provisoire, jusqu'à la nomination d'un titulaire, de l'enseignement de la chaire d'anatomie.

— M. Latarjet (Michel), chef de travaux, est chargé, à titre provisoire, des fonctions d'agrégé d'anatomie.

Faculté de Médecine de Marseille. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, sont réintégrés dans leurs fonctions : MM. Olmer, professeur (à compter du 21 Décembre 1940) ; Gabriel, professeur (à compter du 5 Février 1942) ; Beltrami, professeur sans chaire (à compter du 1er Octobre 1941.

— M. Poursines, professeur sans chaire, est chargé provisoirement de l'enseignement de la chaire de médecine légale.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er Juillet 1944, à M. Coll de Carréra, chargé de cours de manœuvres obstétricales, sans limite de temps.

Faculté de Médecine de Nancy. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, MM. Job, professeur sans chaire; Neimann et Wolff, agrégés, sont réintégrés dans leurs fonctions à compter du 21 Décembre 1940.

— Par arrêté du 13 Octobre 1944 la chaire de pathologie générale et médecine expérimentale (dernier titulaire : M. Simonin) prend le nom de chaire de pathologie, médecine expérimentale et clinique de la tuberculose.

Faculté de Médecine de Toulouse. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, sont réintégrés dans leurs fonctions : M. Ducuing, professeur (à compter du 21 Novembre 1940) ; M. Faure, chef de travaux (à compter du 1er Octobre 1941).

École de Médecine d'Amiens. — Par arrêté du 17 Octobre 1944 M. Loyne est réintégré dans ses fonctions de professeur titulaire d'histologie.

École de Médecine d'Angers. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, M. Fruchaud, professeur, est réintégré dans ses fonctions à compter du 1er Février 1944.

— M. Goyer est institué professeur suppléant de clinique chirurgicale en remplacement de M. Naulleau nommé professeur.

École de Médecine de Besançon. — M. Baufle, professeur de pathologie interne, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale (M. Ledoux, retraité).

— M. Baufle est nommé, en outre, pour 3 ans, à dater du 1er Octobre 1944, directeur de l'école (M. Ledoux, retraité).

— M. Gisselbrecht, chef de travaux de physiologie, est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie (M. Limon, retraité).

École de Médecine de Caen. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, M. Desbouis, professeur, est réintégré dans ses fonctions à compter du 14 Janvier 1944.

École de Médecine de Nantes. — M. Reyt est institué professeur suppléant de pathologie et clinique médicale en remplacement de M. Véran nommé professeur.

École de Médecine de Tours. — Par arrêté du 4 Octobre 1944, M. Aron, professeur est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Décembre 1942.

— Le concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale est reporté à une date ultérieure.

Concours et places vacantes

Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — 4e Concours (1 place). — M. Mathey a été nommé.

Assistants de spécialités des hôpitaux de Nancy. — Sont nommés : *Assistant d'ophtalmologie* : M. J. Cordier. — *Assistant d'otorhinolaryngologie* : M. M. Gosserez. — *Assistant d'électroradiologie* : M. J. Barbier.

Internat des Hôpitaux de Paris. — Concours spécial réservé aux prisonniers de guerre libérés (20 places). *Ont été nommés* : MM. Bory, Masmonteil, Bijoux, Brac, Cirilli, Ballade, Boulard, Lacour, Hérard, Vermeil, Allary, Oteifa, Routier, Hervy, Talbot, Vincens, Bourgin, Jupeau, Vissian, Pialoux.

Hôpitaux de la région de Lille. — Un concours sur épreuves pour le recrutement de : 3 chirurgiens adjoints ; 2 médecins phtisiologues ; 2 médecins radiologues ; 10 médecins ; 3 ophtalmologistes ; 2 oto-rhino ; 1 chef de laboratoire des centres hospitaliers de la région du Nord, sera ouvert à Lille, le lundi 27 Novembre 1944.

Une liste d'aptitude par spécialité sera dressée après le concours. Les postes vacants seront annoncés ensuite pour que les praticiens admis puissent présenter leur candidature, ainsi que ceux déjà en fonction dans un hôpital de la même catégorie.

— D'autre part, un concours sur titres aura lieu également à Lille, le mardi 28 Novembre 1944, pour la désignation d'un titulaire aux postes suivants :

Nord. — Hôpitaux-hospices d'Armentières, 1 chir. ; Avesnes, 2 méd. ; Bollezeele, 1 méd. ; Denain, 1 méd. ; Hautmont, 1 méd. ; Jeumont, 1 oculiste laryngologiste ; Le Quesnoy, 1 chir. ; Loos, 1 méd. ; Wignehies, 1 méd.

Pas-de-Calais. — Hôpitaux-hospices d'Aire-sur-la-Lys, 1 méd. ; Aubigny-en-Artois, 1 méd. ; Bapaume, 1 méd., 1 chir. adjoint ; Hesdin, 1 méd. ; Montreuil-sur-Mer, 1 méd. ; Saint-Omer, 1 chir. ; Saint-Pol-sur-Ternoise, 1 méd. ; pouponnière Sainte-Agnès, à Arras, 1 méd.

Peuvent concourir tous les docteurs en médecine français et autorisés à exercer la médecine en France.

S'adresser jusqu'au 13 Novembre 1944 à la Direction régionale de la Santé, 26, rue Inkermann, à Lille.

Postes vacants en Savoie. — 1° 1 poste de médecin des dispensaires antituberculeux ; 2° 1 poste de médecin des dispensaires antivénériens ; 3° 1 poste de médecin inspecteur des écoles.

Les médecins nommés à ces divers postes devront renoncer à toute clientèle. Pour tous renseignements, s'adresser : Inspection de la Santé, Chambéry.

Médecins suppléants de la Préfecture de la Seine. — Un concours est ouvert pour 11 places. Les candidats, qui doivent avoir leur domicile à Paris, sont priés de s'inscrire jusqu'au 24 Novembre 1944 à l'Hôtel de Ville, escalier E, 6e étage, porte 616.

Internat en Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours pour 4 places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires s'ouvrira à Paris le 10 Janvier 1945.

Inscriptions reçues à la préfecture de la Seine, service des établissements départementaux d'assistance, 1er bureau, annexe Est de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, deuxième étage, pièce 233, tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 2 au 16 Novembre 1944 inclus.

Internat de la Maison départementale de Nanterre. — Le concours pour 3 emplois d'internes et la désignation de 5 internes provisoires aura lieu le 1er Décembre 1944.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier (à titre posthume). — Médecin capitaine Millant, médecin chef du ne R. T. M. (croix de guerre avec palmes). Médecin capitaine R. Lion, du 1er bataillon de fusiliers marins commandos.

Officier. — Médecin commandant Kassel (8e R. T. M.).

Chevalier. — Médecin capitaine A. Molinier (6e R.M.T.A.). — Médecin commandant P. Pepin (2e D. I. M.).

MÉDAILLE MILITAIRE

La médaille militaire a été conférée au médecin auxiliaire Martinez, du 4e R. T. M.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE

Méd. aux. Labonne (ne B. M.) ; méd. sous-lieut. Mereau (ne Brigade de la ne D. M. I.) ; méd. lieut. Gérard (ne R. T. M.) ; méd. cap. Mornas (ne R. T. M.) ; adj. méd. aux. Valdemer (ne R. T. M.) ; méd. lieut. Sacutto (1re section T. T.) ; méd. asp. Gamny (4e R. T. M.) ; méd. aux. Finkelstein (8e R. T. M.).

MINISTÈRE DES COLONIES

ORDRE DE L'ETOILE D'ANJOUAN. — *Chevalier:* M. S. RASON, médecin de l'A. M. I., Madagascar.
ORDRE DU NICHAM EL ANOUAR. — *Officier:* M. E.-L. GIPPET, médecin de l'A. M. I. (Guyane).
ORDRE DE L'ETOILE NOIRE DU BÉNIN. — *Chevalier:* M. H. DEBIDOUR, médecin de 1re classe de la Marine à Saint-Pierre-et-Miquelon; M. J. BERTHELOT, méd. cap. de T. C., en service en Mauritanie; méd. aux. AGUESSY (Dahomey).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Médaille de vermeil : M. LOUSTAU, médecin de 3e classe, chef de l'Infirmerie indigène de Marchand (Maroc); M. Ch. PILLON, médecin chef de l'Infirmerie indigène d'Erfond (Maroc).
Médaille d'argent: M. le médecin principal Georges CLERC, médecin chef de l'infirmerie-hôpital et de l'assistance médicale de Lang Son ; M. Michel COUADAU, médecin chef de l'Assistance médicale indigène de l'annexe de Méchéria ; M. DEPINAY, médecin à Alger; M. Maurice ANDRIEU, médecin chef de l'Infirmerie indigène d'Azzou (Maroc) ; M. Jean FAURE, médecin chef du territoire d'Ouarzazate (Maroc).
Médaille de bronze. — Médecin lieutenant REVERSAT (Laghouat).

Inspection de la Santé

— Mme le docteur Jane ORMAND-RAYNAUD est nommée médecin inspecteur adjoint intérimaire de la Santé de *Lot-et-Garonne.*
— M. le docteur DEGUIRAL, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Garonne, a été chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé dans le département du *Lot,* en remplacement de M. le docteur Fuminier.
— M. le docteur LEBLANC, médecin inspecteur de la Santé du Gard, a été affecté, en la même qualité, dans le département des *Alpes-Maritimes.*
— M. le docteur BATAILLON, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Indre, a été promu médecin inspecteur de la Santé et affecté dans le département du *Gard.*

Nouvelles diverses

Société d'Études Scientifiques sur la Tuberculose. — La prochaine journée d'Etudes aura lieu le samedi 9 Décembre 1944, à 10 h. et 15 h., au Comité National, 66, bd Saint-Michel. — Question à l'ordre du jour: La réadaptation et l'adaptation au travail des tuberculeux guéris.

Commission d'étude des questions concernant l'Hygiène dans les mines. — Par arrêté du 18 Septembre 1944 ont été désignés pour l'année 1944 pour exercer auprès de la Commission d'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines les fonctions suivantes :
Président : M. NIEWENGLOWSKI, inspecteur général des mines; *secrétaire* avec voix délibérative : M. le docteur HANAUT; *secrétaire adjoint* avec voix consultative: M. P. COUTURE, ingénieur en chef des mines.
(*J. O.*, 1er Octobre 1944.)

Médecins inspecteurs généraux du travail. — Un décret n° 1155 du 14 Mars 1944 (*J. O.*, 18 Juillet 1944) précise qu'il est attribué aux médecins inspecteurs généraux du travail, compte tenu des titres et services antérieurs, une allocation annuelle dans la limite d'un maximum de 114.000 fr. (sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 92.400 fr.).

Institut de Puériculture (Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul). — Le Prof. agrégé MARCEL LELONG commencera le cours annuel de puériculture le 16 Novembre 1944, à 9 h. 15 (salle des cours du pavillon Pasteur).
Cet enseignement, qui sera continué chaque jeudi à la même heure, est gratuit et est destiné aux futures mères de famille et aux jeunes filles désireuses de se spécialiser.
Nombre des élèves limité. S'inscrire au laboratoire.

École centrale de Puériculture. — Les cours sont donnés au siège social, Comité national de l'Enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III.
L'enseignement est complété par des stages dans des consultations de nourrissons; des travaux pratiques (biberonnerie, diététique); des interrogations et des projections filmées.
Cet enseignement comprend : un cours élémentaire, un cours supérieur, des cours par correspondance.

Service Social antivénérien. — Les industriels désireux d'assurer *la fourniture des médicaments antivénériens aux dispensaires dépendant du secrétariat d'Etat à la Santé* au cours de l'année 1945 sont priés d'adresser leur demande à M. le Ministre secrétaire d'Etat à la Santé, 18, rue de Tilsitt, Paris (service de prophylaxie des maladies vénériennes), et d'envoyer des échantillons aux laboratoires de contrôle des médicaments antivénériens, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris.
Ces formalités devront être effectuées avant le 15 Novembre 1944.

Rémunération des médecins phtisiologues assermentés. — Le *J. O.* du 27 Octobre 1944 publie un arrêté du 7 Octobre 1944 modifiant la rémunération des médecins phtisiologues pour l'examen des candidats à un congé de longue durée pour tuberculose et pour l'examen des candidats en vue de leur admission dans les cadres administratifs de l'Etat.

Nos Échos

Naissances.

— Lucien-Maxime, Annie et Françoise REULOS sont très heureux d'annoncer la naissance de leurs petits frères jumeaux *Francis* et *Didier* (Neuilly-sur-Seine, 24 Mai 1944.)
— M. GUY LE LORIER, interne des hôpitaux, et Madame née Basset font part de la naissance de leur fille *Sylvie.*
— Le docteur et Mme GABRIEL TOURNILHAC sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Fany.* (Thiers, le 29 Juillet 1944.)
— Martine SALMON a la joie de faire part de la naissance de sa petite sœur *Annie.* De la part de Mme et du docteur SALMON, médecin inspecteur de la Santé de Maine-et-Loire. (Beaupréau, 1er Juillet 1944.)
— Le docteur et Mme JACQUES VERDIER sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Michel.* (Perthes-en-Gâtinais, le 31 Juillet 1944.)
— Le docteur et Mme JOURDY sont heureux d'annoncer la naissance de leur fils *Pierre-Etienne.* (Paris, 30 Juin 1944.)
— Le docteur JEAN CHAUSSADE est heureux de faire part de la naissance de son deuxième enfant *Béatrice.* (Beaumont-du-Gâtinais [Seine-et-Marne], le 1er Août 1944.)
— Le docteur et Mme ROBERT FRANTZ sont heureux de faire part de la naissance de leur septième enfant *Philippe.* (Paris, 98, boul. Malesherbes, le 10 Août 1944.)
— Le docteur et Mme JACQUES CALLOT sont heureux d'annoncer la naissance de leur second fils *Olivier.* (Clermont-Ferrand, le 1er Août 1944.)
— Le docteur et Mme HENRI BOUR font part de la naissance de leur fils *Patrice.* (Paris, 20 Octobre 1944.)
— Le docteur ANDRÉ DÉPAILLAT et Mme font part de la naissance de leur 2e enfant, *Marie-Laure.* (Tulle, 15 Sept. 1944.)
— Le docteur et Mme J.-L. HERRENSCHMIDT font part de la naissance de leur 2e fille, *Odile.* (Paris, 3 Septembre 1944.)
— Le docteur JEAN PERISSEL et Madame font part de la naissance de leur fille *Martine.* (Vichy, 11 Août 1944.)
— Pascal et Claude-Alain font part de la naissance de leur petite sœur *Dominique.* [De la part de M. BERNARD DUHAMEL, interne des hôpitaux de Paris, et de Madame, née Paulette Masson.] (Paris-8e, 2 Septembre 1944.)
JEAN-LUC THIRARD fait part de la naissance de sa petite sœur *Elisabeth.* [De la part du docteur JACQUES THIRARD.] (Evreux, 11 Septembre 1944.)
— M. ANDRÉ GRANJON, interne des hôpitaux de Paris, et Madame annoncent la naissance de leur fille *Marie-Christine.* (16 Août 1944.)
— Le docteur et Mme M. MIROUDOT font part de la naissance de leur fils *Gilles.* (Montbéliard, 25 Juin 1944.)
— Le docteur et Mme HENRI JANET annoncent la naissance de leur fille *Christine.* (Paris, 15 Septembre 1944.)

Mariages.

— On annonce le mariage de M. LOUIS RAULX, étudiant en médecine, fils du docteur GEORGES RAULX, de Chenerailles [Creuse], avec Mlle FRANÇOISE LOWCAY. (20 Juin 1944.)
— Le docteur JACQUES GAILLARD a l'honneur de faire part de son mariage avec Mlle GENEVIÈVE DUPUIS. (Paris.)
— On annonce le mariage de M. ANDRÉ PINELLI, interne du sanatorium de Chevilly [Seine], avec Mlle ANTOINETTE BERNTHEISEL, petite-cousine du docteur ALBIN LAMBOTTE, de Liège, célébré le 10 Juin à l'église protestante du Vésinet.
— On annonce le mariage de Mlle FRANÇOISE LEROY, interne de l'hôpital de Neuilly-sur-Seine, fille du docteur RENÉ LEROY, avec M. ROBERT VINCENT, interne de l'hôpital américain. (5 Août 1944.)

Décès.

— On annonce le décès, à l'âge de 72 ans, du professeur A. GOSSET, membre de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie.
— On annonce le décès des docteurs ALEXIS CARREL (Paris) et BEYRAND (Enghien), de M. Bernard BASSET, interne des hôpitaux de Paris; du professeur ARLOING, professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Lyon; du docteur Paul FROMENT, médecin assistant de l'hôpital Cochin, décédé le 12 Octobre 1944 à Osmoy (S.-et-O.) ; du docteur Pierre BANEILLES, mortellement blessé à son poste de secours de Villebaudon ; du docteur PARES, électro-radiologiste des hôpitaux de Montpellier.
— On annonce le décès du docteur PHILIPPE BRIDOT (de La Souterraine), chirurgien, ancien interne des hôpitaux de Paris, tombé au champ d'honneur le 23 Juillet 1944, chef du Service de Santé des F. F. I. en Creuse.
— Nous apprenons le décès de Mme HENRI TROCMÉ, mortellement blessée le 20 Août lors du bombardement de l'Ecole des Roches, à Verneuil-sur-Avre, à l'âge de 69 ans. Elle était la mère des docteurs Charles TROCMÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin phtisiologue à Saint-Etienne, et Suzanne TROCMÉ, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, et la sœur du docteur Edouard RIST.
— Nous apprenons la mort du lieutenant JEAN RIST, des Forces Françaises de l'Intérieur, ingénieur E. C. P., tué en combattant contre les Allemands, le 21 Août, à Estivareilles (Haute-Loire), à l'âge de 43 ans. Il était le frère du docteur Noël Rist, de l'Institut Pasteur de Paris, et le neveu du docteur Edouard Rist. Il laisse une veuve et 3 enfants.
— Nous apprenons la mort du lieutenant aviateur OLIVIER RIST, ingénieur E. C. P., tué en avion en service commandé, à Maison-Blanche (Alger), le 1er Septembre, à l'âge de 29 ans. Il était le fils du docteur Edouard Rist, membre de l'Académie de Médecine, et le frère de Mlle Hélène Rist, ancienne interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté. Il laisse une veuve et 2 enfants.
— Nous apprenons la mort du docteur JACQUES ARNAUD, ancien interne des hôpitaux, médecin directeur du sanatorium du Mont-Blanc, à Passy (Haute-Savoie), arrêté par la Gestapo le 23 Juin dernier pour avoir refusé de donner la liste nominative de ses malades et assassiné le 8 Juillet.
— On annonce la mort des docteurs :
GUY DESBOUIS, membre correspondant de l'Académie de Médecine, ancien directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen, survenue le 9 Juillet 1944 à Montargis (Loiret) ; A. VIGNALOU, ancien interne des hôpitaux, décédé le 29 Juillet à Paris, frère du docteur et Mme J. VIGNALOU, et beau-père du docteur et Mme MARCEL OLIVIER; HENRI BREYSSE et sa femme, de Marseille, décédés victimes du bombardement de cette ville, 27 Mai 1944, père et belle-sœur du docteur V. BREYSSE, de Lesail (Ardèche) ; ARTHUR AGEORGES, ancien externe des hôpitaux de Paris, de Mme ARTHUR AGEORGES; JEAN-MARIE AGEORGES, leur fils, externe des hôpitaux de Paris, de Mlle SUZANNE AGEORGES, leur fille, tous tués dans un bombardement de la région parisienne.
— Le docteur PIERRE DECOULX et Madame le docteur JEANNE DECOULX-SALES font part du décès de leur père M. HENRI DECOULX survenu à Lambersart le 10 Août 1944.
— On annonce le décès des docteurs: PIERRE LOGEAIS, chef du Service Scientifique des Laboratoires du docteur Logeais, à Boulogne; MAX HULMANN, décédé subitement le 25 Août à son domicile, 19, rue Poussin, Paris; HENRI DE MORANGIES, du Puy (Haute-Loire) ; A. FOUASSIER, à Trun (Orne), mitraillé sur route le 13 Juin 1944 ; ANDRÉ VIALLETON, médecin lieutenant-colonel, fils du Prof. Louis Vialleton, mort pour la France au Mont-Cassin; GEORGES BLAYAC, d'Antignac (Hérault) ; BOUDON, de la Canourgue (Lozère) ; PIERRE CHALMETON (Montpellier), tué accidentellement au cours des opérations de guerre ; BOISSEL, de Vans (Ardèche) ; TZELEPOGLOU, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche) ; VAILHÉ (de Mauguio) ; WURM (de Montpellier), médecin lieutenant des F. F. I., décédé accidentellement aux Armées dans la région de Dijon; FLEURY DE LA RUELLE (Marvejols) ; BERNADOU (La Grande-Combe) ; GOSSE (Florac) ; A. MAGE (Montpellier) ; de MM. L. CANTOROVICH (Montpellier) ; A. SCHŒNIG, externe suppléant des hôpitaux de Montpellier, mort pour la France au cours d'un combat de rue; LIONEL BONPAR, ANDRÉ BOURRELY et J. JALATTE, fusillés par les Allemands; J. DUGAS, assistant de l'hôpital Broussais, ancien chef de clinique; J. ROY (Tours), professeur de clinique obstétricale, fusillé par les Allemands pour avoir donné des soins à des blessés de la Résistance; STEMPOWSKI, GRINER et M. DUBOSC (Le Havre), tués au cours du bombardement du 5 Septembre; SARRAZIN, médecin-chef de l'hôpital d'Auxerre ; B. DESMONS (Paris).
— On annonce le décès de Mme F. POUZET, née Goiffon, femme du docteur F. Pouzet, de Lyon, le 4 Juin 1944; de M. ROMAIN MÉTRAS, de Marseille. (De la part de son fils, Henri Métras, interne des hôpitaux.)
— Le docteur et Mme Pierre Vizioz font part de la mort de leur fils aîné, Jacques VIZIOZ, tombé glorieusement en Italie le 18 Juin à l'âge de 22 ans.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

LUNDI 12 JUIN. — M. Morat: *De la diverticulite chronique.* — M. Ronsin: *Le pronostic du cancer du sein opéré et irradié.* — M. Braley : *L'élimination de l'eau et du sel dans les obésités fonctionnelles d'origine hypophysaire.* — M. Fabre: *De l'amibiase autochtone.* — M. Robardet: *de la purification de la sérum-albumine.* — M. Merlant: *Des fistules duodénales externes après gastrectomie.* — M. Minkowski: *Œdèmes pulmonaires. Etude symptomatologique et thérapeutique.* — M. Balzanoff : *L'angine de poitrine dans l'aortite syphilitique.*

MARDI 13 JUIN. — M. Ader : *Du traitement de l'eczéma par les hormones génitales chez la femme.* — M. Carlier : *Les acquisitions récentes sur la pathogénie des prurits et ses indications thérapeutiques.* — Mme Robbes : *Etude de quelques cas d'hypoplasie rénale bilatérale de l'adulte sans nanisme.* — M. Guillain : *Service social et maladies vénériennes.* — Mlle Lantenois : *De la stigmatisation.* — M. Laroza : *De la sulfamidorésistance.* — M. Le Roy : *Sulfamidothérapie des otites moyennes aiguës.* — Mme Leroy : *Méningites syphilitiques aiguës et stase papillaire.* — M. Sévin : *Sur le renforcement de l'action curarisante de la novocaïne et de la spartéine par iodométhylation.* — M. Maille : *Etude du rein dans les déviations du rachis.* — M. Hamet : *Sur un nouveau sympathicolytique : l'aknammidine de T. A. Heery.* — M. Coury : *Les kystes dermoïdes intra-thoraciques.* — M. Gilles : *Essai d'organisation rationnelle d'un service intensif de radiologie pulmonaire.* — M. Joly : *Formes cliniques et pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse d'apparence primitive chez l'adulte.* — M. Joussaume : *Le seuil tuberculinique au cours de l'infection tuberculeuse de l'homme.* — M. Lambert : *D'un élément nouveau dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire : la lipase sanguine.* — M. Paillas : *Les ballonnements cavitaires.* — M. Raimbault : *Les formes récidivantes de la primo-infection tuberculeuse, en particulier chez l'adolescent.* — M. Bayet : *Histoire de l'auscultation des signes cardinaux du rétrécissement mitral.* — Mme Mollaret : *L'hyperostose frontale interne et ses syndromes.* — M. Roumajou : *Un cas d'aphasie après hémiplégie congénitale avec dégénérescence inoculaire associée.* — M. Debrousse : *La tuberculose de Bouchut dans la granulie et la méningite tuberculeuse.* — M. Le Nail : *Les causes de la cécité à l'Institut départemental des aveugles de la Seine en* 1944. — M. Moussier : *La maladie de Besnier-Bœck-Schaumann.* — M. Lenoël : *La myélotomie commissurale.* — M. Perrier : *Du tétanos post-opératoire.* — M. Tostivint : *De la maladie de Dupuytren.* — M. Ceccaldi : *Le nystagmus multiple.* — Mme Profichet : *Rééducation de la voix après laryngectomie totale.* — M. Donias : *Résultats radiologiques et cliniques de 25 gastrectomies pour ulcères.* — M. Eudel : *L'aspiration duodénale continue.* — M. Lemaire : *Indications et résultats de la résection des diverticules du duodénum.* — M. Tanguy : *De la gastrectomie subtotale dans les ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac.* — M. Breton : *Quelques réflexions sur l'étude de 3 cas de « placenta acoreta ».* — M. Badir : *Notions récentes utiles à la prophylaxie de la syphilis.* — M. Chaix : *Remarques sur la lutte contre poliomyélite.* — M. Coudray : *Sur le typhus exanthématique dans le Sud-Algérien.*

MERCREDI 14 JUIN. — M. Brisset : *Sur le syndrome toxique au cours du typhus exanthématique.* — Mme Michel-Loiseau : *De la néphrite hématurique rhumatismale.* — M. Heber-Suffrin : *Sur la pathogénie et les indications thérapeutiques des fissures à l'anus.* — M. Lamole : *Intérêt, diagnostic et pronostic de l'haptoglobinémie dans les tuberculoses chirurgicales.* — M. Girault : *Pathologie et hygiène de l'industrie de la fibre de verre.* — M. Géron : *Histoire de la médecine légale.* — M. Jouve : *Les rémissions au cours des psychoses discordantes.* — M. Landes : *Le cancer arsenical professionnel.* — M. Ponson : *L'intoxication industrielle par le sélénium.* — M. Raoux : *L'ionisation dans le vertige de Menière.* — Mme Stépanoff : *Le cancer cutané post-traumatique précoce.* — M. Wapler : *Neuropathies chroniques professionnelles d'origine toxique et orientation professionnelle.* — M. Teissandier : *L'ossification des côtes et de la colonne vertébrale chez le fœtus humain.* — M. Fisilovici : *Le traitement des abcès du poumon par le drainage à minima.* — M. Gautier : *De la narcolepsie, la cataplexie, la pycnolepsie et de leurs rapports avec l'épilepsie.* — M. Ryckelynck : *L'association chlorure de calcium-hyposulfite de magnésium, médication d'appoint dans le traitement de certains troubles de la maladie de Parkinson post-encéphalitique.* — M. Feld : *Les pinéatomes dans la fosse postérieure.* — Mme Houdart : *Des angiomes de la moelle.* — M. Mazars : *Etude radiographique des tumeurs cérébrales sans procédé de contraste.* — M. Cadoret : *Les septicémies para-méningococciques.* — M. Chiche : *Décalcification algique par carence alimentaire.* — M. Hervault : *Quelques considérations cliniques et thérapeutiques sur les cavernes tuberculeuses de base.*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

MARDI 13 JUIN. — M. Adriansen: *La viande dans l'alimentation de l'homme.*
MERCREDI 14 JUIN. — M. Du Chalard : *De la trichostrongylinose des bovins. Epidémiologie et essais de traitement dans la région de la loupe.* — M. Milin: *Contribution à l'étude de la leucose lymphoïde du chien.*

Dépôt légal. — 1944. — 3e trimestre. — Numéro d'ordre 68. — *Masson et Cie*, éditeurs, Paris.
Published in France. Imprimé à Bobigny (Seine). — L'administrateur provisoire, directeur technique : ALFRED COROUGE, imprimeur. *Le gérant :* F. THOMAS.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS BACTÉRIENNES ET SPIRILLAIRES PAR LA PÉNICILLINE

Par **C. LEVADITI**
(Paris)

Dans un article intitulé *la Mycothérapie des infections microbiennes* paru dans ce périodique (1) en Mai 1944, j'ai résumé nos connaissances d'alors sur la *pénicilline*, principe extrait des cultures de *Penicillium notatum* et doué d'un remarquable pouvoir thérapeutique dans certaines infections expérimentales et humaines. On y trouvera des détails sur le mode d'extraction de ce principe, sur sa constitution chimique probable et sur certains de ses effets curatifs. Tout ceci avait été résumé d'après des mémoires anglais, que j'avais réussi à me procurer. La bibliographie américaine nous étant interdite à l'époque, nous ignorions ce qui se passait aux Etats-Unis. Or, il s'y est passé (et s'y passe encore) des événements d'une importance considérable. La fabrication de la pénicilline y a pris une énorme extension, son application clinique est vaste, les effets obtenus sont surprenants, puisque, en plus de maladies microbiennes proprement dites (staphylococcies, streptococcies, pneumococcies, méningococcies, gonococcies, etc.), la syphilis appartient désormais au cadre chimiothérapique de la pénicilline. Je dis bien chimiothérapique, car des chimistes ne tarderont pas à se substituer aux champignons en préparant, tôt ou tard, la pénicilline synthétique.

Je viens d'avoir l'occasion de parcourir une partie de la bibliographie américaine concernant ces problèmes; cette bibliographie est riche et pleine d'enseignements. Il m'a semblé utile d'en exposer l'essentiel.

Les Pénicillines. — La production industrielle de la pénicilline aux Etats-Unis est assurée par de nombreuses fabriques; pour ma part, j'en connais au moins 6 : *Squibb, Pfizer, Merck, Panel, Abott, Wintrop.* Le médicament se présente sous la forme d'une poudre, dont la teinte varie du jaune citron au rouge brique, poudre conservée à l'abri de l'air et que l'on doit maintenir à basse température (+ 4 à + 5°). La quantité de pénicilline contenue dans les ampoules correspond, généralement, à 100.000 *unités Oxford* (*UO*) [voir ci-dessous]. On dilue le médicament dans une quantité d'eau physiologique stérile, ou de solution de glucose, de façon que le milieu contienne, finalement, un chiffre donné d'*UO* par centimètre cube. Cette pénicilline n'est pas pure; d'après Dawson et Hobby (2) elle contiendrait à peine 1/5 de principe actif. On se sert soit de sel de Na, soit de sel de Ca. Le premier de ces sels est hygroscopique, sensible aux ions H, aux agents oxydants et s'altère par la chaleur. Le sel de Ca n'est pas hygroscopique, contient 5,6 pour 100 Ca, 146 *UO* par milligramme et paraît moins toxique que le sel de sodium [Herrel (3)].

Titrage. — Le titrage de la pénicilline, du point de vue de son activité bactériostatique à l'égard du staphylocoque, est effectué d'après plusieurs méthodes : celle de Florey (*Unités Oxford;* mesure de la surface lysée d'une culture de staphylocoques sur plaque de gélose et comparaison avec une pénicilline standard: 29 mm. de diamètre); celle de Vincent et Whitgrove (4) [aires claires autour de rondelles de papier imbibées de pénicilline et placées à la surface de la gélose ensemencée]; celle de Heilman (5) [quantité de pénicilline qui empêche la pousse dans le milieu semi-liquide destiné aux cultures cellulaires] ; enfin, une autre technique opacimétrique. Tous ces procédés s'ajoutent à la méthode classique des dilutions progressives de 10 en 10. Dans leur ensemble, aucun de ces titrages n'a de valeur absolue; ils se complètent l'un l'autre pour donner une idée, assez relative, de la teneur de la solution en unités pénicilliques.

Mode d'administration de la Pénicilline (6). — Mise à part l'application locale (compresses imbibées, irrigations continues, saupoudrages en association avec les sulfamides), 4 modes d'administration sont utilisés :

1° *Voie intramusculaire.* — Injection de 10 à 20.000 *UO* dans 5 à 10 cm^3 d'eau salée isotonique, à trois à quatre heures d'intervalle (nuit et jour). Dose totale, en vingt-quatre heures, 100.000 *UO*. D'après Dawson et Hobby, c'est le meilleur mode de traitement, attendu qu'il réalise une haute, quoique passagère, concentration pénicillique sanguine. On sait que, d'après Romelkamp et Keefer, le sérum contient 1, 2 *UO* par centimètre cube à la suite d'une dose initiale de 20.000 *UO*, mais cette teneur diminue rapidement (voie intraveineuse).

2° *Injections répétées dans les veines.* — Solution de pénicilline à 10.000 *UO* par centimètre cube, injectée toutes les trois à quatre heures, pendant vingt-quatre heures. Dose totale en un jour : 100.000 *UO*.

3° *Injection intraveineuse continue,* à raison de XXX à XL gouttes par minute. Dose totale en vingt-quatre heures, 40.000 *UO*.

4° *Injections sous-cutanées, goutte à goutte* (X gouttes par minute). — Avoir soin de déplacer l'aiguille de manière à éviter les œdèmes.

On voit, d'après ce qui précède, que le mode d'administration de la pénicilline (excepté l'application locale) offre des difficultés pratiques sérieuses, quoique surmontables. Tout traitement ambulatoire ou à domicile est interdit. Dans les services hospitaliers des équipes de pénicillo-thérapie doivent fonctionner continuellement, à telle enseigne qu'un médecin traitant ne saurait soumettre à la cure plus de 4 à 7 malades à la fois, en raison même du surmenage de ces équipes. Il ne faut pas exagérer, cependant, l'importance de ces réserves. La pénicillo-thérapie n'est qu'à ses débuts, et il faut prévoir que des modifications dans la préparation du médicament seront apportées, afin d'en rendre l'application plus pratique.

Ajoutons que des injections locales ont été réalisées dans le canal rachidien, dans la plèvre, dans les articulations, les sinus, la trachée, etc. [Dawson et Hobby ; Bloomfield, Lowell, Rantz et Kirby (7)].

Passage dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (Dawson et Hobby). — Si l'on injecte la pénicilline dans les *veines*, on constate, quinze minutes après, une perte de substance active dans le sang atteignant 75 pour 100, trente minutes après 90 pour 100, le restant (10 pour 100) disparaissant totalement entre la troisième et la quatrième heure. Après *injection intramusculaire,* la concentration sérique atteint son maximum entre quinze et trente minutes et persiste plus longtemps que si l'application est effectuée par voie intraveineuse. D'où l'avantage du traitement intramusculaire. Quant au passage dans le liquide céphalo-rachidien, il est nul ou presque, si les méninges sont normales, mais assez abondant (vingt-quatre heures après) s'il s'agit de sujets atteints de méningite (Dawson et Hobby).

Activité curative dans les maladies infectieuses autres que la syphilis et la blennorragie.

I. Staphylococcies. — L'infection staphylococcique, septicémique ou non, semble être plus résistante à la pénicillo-thérapie que la plupart des autres processus morbides. C'est là un fait paradoxal, étant donné que le staphylocoque est, parmi les germes gram-positifs, celui qui se révèle le plus sensible à l'action bactériostatique de la pénicilline *in vitro*. Il n'en est pas moins vrai que des résultats éminemment intéressants ont été enregistrés dans bon nombre d'observations.

Ainsi, Herrel traite 28 cas de staphylococcie, dont 14 septicémiques, et enregistre 14 succès. Il s'agit de cellulite de la face, de complications après blessures, d'ostéomyélite, etc. Dawson et Hobby se servent de l'injection intramusculaire pour soumettre au traitement pénicillique 100 cas d'infection staphylococcique. Ils enregistrent 15 résultats positifs sur 18 malades septicémiques et 19 sur des sujets atteints d'ostéomyélite, d'empyème ouvert et de pleurésie non septicémique. Bons effets dans les arthrites staphylococciques et les méningites (injections locales). Toutefois, dans beaucoup d'autres observations, les effets curatifs se sont fait attendre, malgré l'administration de quantités relativement considérables de médicament (300.000 à 400.000 *UO* par jour). Le problème de la *guérison constante* des infections staphylococciques, surtout osseuses, paraît donc difficile à résoudre, tout au moins pour l'instant (Bloomfield et collab. ; Dawson et Hobby).

2° Streptococcies. — Les streptococcies, septicémiques ou non, sont curables par la pénicilline. Ainsi, Herrel traite plusieurs malades atteints de cellulite de la face et obtient des guérisons incontestables. Dawson et Hobby relatent les données que voici : 2 cas guéris d'infection à streptocoque hémolytique, 2 autres à streptocoque non hémolytique avec 2 échecs (endocardite aiguë à *viridans*) et 10 cas d'endocardite subaiguë avec 2 résultats positifs, 1 douteux et 7 échecs. Des récidives ont été observées dans l'endocardite subaiguë. Il en résulte que le traitement des septicémies et des endocardites streptococciques fournit des résultats assez variables et qu'en particulier les endocardites à *viridans* sont fréquemment pénicillo-résistantes.

3° Pneumococcies. — Dawson et Hobby soumettent à la pénicillo-thérapie 10 malades atteints de pneumonie lobaire, dont quelques-uns sulfamido-résistants (15.000 *UO* toutes les trois heures). En général, les effets ont été rapides, même « dramatiques », la guérison étant obtenue en un jour et demi. D'autres sujets atteints de méningite pneumococcique, d'endocardite et d'empyème ont fourni des résultats satisfaisants.

4° Méningococcies. — La pénicilline agit dans les méningites à méningocoques, après injection, soit intraveineuse, soit intrarachidienne. 2 ou 3 administrations de 20.000 *UO* par voie intraveineuse et par jour suffisent et 10.000 *UO* par voie lombaire (Dawson et Hobby).

5° Gangrène gazeuse. — Knight, Lœwenberg et Wright (8), s'inspirant des recherches expérimentales de Keefer, Blake, Marshall, Lookwood et Wood (9), appliquent la pénicillo-thérapie à un cas de gangrène gazeuse. En voici l'observation : fillette de 7 ans, fracture compliquée de l'avant-bras, suivie d'infection anaérobie. Echec de la sulfamidothérapie, de la sérothérapie et de l'intervention chirurgicale. Traitement intensif : 240.000 *UO*, au total ; voies intraveineuse et intramusculaire ; guérison rapide [1].

Maladies vénériennes.

1° Blennorragie. — La découverte de l'activité curative de la pénicilline dans l'infection gonococcique est due à Mahoney, Ferguson, Buckholtz et Van Slyke (10). On peut dire qu'il n'y a pas d'infection microbienne qui réponde aussi promptement au traitement pénicillique. C'est ce qui résulte des nombreux travaux se rapportant à la question. Ainsi Ferguson et Buckholtz (11) traitent un grand nombre de malades (dont quelques-uns réfractaires aux sulfamides) par voies intraveineuse et intramusculaire (100.000 *UO* en 5 à 6 injections). Il y eut seulement 4 pour 100 de pénicillo-résistants. L'injection intramusculaire est plus avantageuse que l'administration endoveineuse. Miller, Scott et Moeller (12) relatent 21 cas (âge de la maladie : cinq à huit jours), dont des sulfamido-résistants et offrant des complications (prostatite ou épididymite) traités par 50.000 à 100.000 *UO* en piqûres intramusculaires journalières (à trois heures d'intervalle). Guérison rapide. Déjà trois heures après la première injection, diminution des écoulements, qui se clarifient et qui s'arrêtent entre la cinquième et la sixième heure. A ce moment, disparition des gonocoques. Fait important : l'application locale est inopérante. « Le traitement général est le seul vraiment efficace, alors que l'action locale est négligeable. » Examinés huit jours après la première cure, les patients se révèlent exempts de gonocoques. Au cours de la pénicillo-thérapie on constate des modifications morphologiques des gonocoques intracellulaires. Des effets identiques ont été enregistrés par Herrel (qui pratique des injections intraveineuses goutte à goutte), par Bloomfield, Lowell (*loc. cit.*), Rantz et Kirby (*loc. cit.*), Turner et Sternberg (13) [95 pour 100 de guérison], Cohn, Studdiford et Grunstein (14) [blennorragie féminine], Dawson et Hobby [gonococcie masculine ; deux jours de traitement suffisent], Robinson (15) [95 cas dont des arthrites], Oard, Jordan, Nimaroff et Phelan (16). Les résultats sont donc, tout simplement, magnifiques, surtout dans les gonococcies sulfamido résistantes, de plus en plus fréquentes à l'heure actuelle.

1. La pénicilline paraît agir dans l'*actinomycose*. Herrel semble avoir enregistré deux résultats satisfaisants dans plusieurs essais.

2° Syphilis. — La découverte du traitement de la syphilis par la pénicilline est due à Mahoney, médecin de l'hôpital « Mariner » du State-Island (Etat de New-York) ; elle date de 1943. Soumise au contrôle de plusieurs cliniques aux Etats-Unis, elle fut pleinement confirmée. Le colonel Paget, dans une conférence récente (service de M. Gougerot), a fait un exposé complet de la question, d'où il résulte que l'application de la pénicilline, par voies intraveineuse ou intramusculaire, et à la dose journalière de 50.000 *UO*, détermine, dans la syphilis primaire et secondaire, une disparition rapide des tréponèmes, la cicatrisation des lésions à bref délai et une négativation des réactions sanguines. Les injections sont effectuées toutes les trois heures (jour et nuit). Les effets sont semblables, sinon supérieurs, à ceux enregistrés à la suite du traitement par les meilleurs arsenicaux. On peut guérir, cliniquement parlant, la syphilis en sept jours environ. Une confirmation analogue émane du *Bulletin de U. S. Army, Carlisle Barracks*, n° 75 (17), datant du mois d'Avril 1944 (utilisation de la pénicilline Panel). Enfin, Bloomfield, Lowell, Rantz et Kirby ont traité 7 cas de syphilis primaire à séro-réactions positives ou négatives et ont enregistré des résultats plus que satisfaisants. Voici deux de leurs observations : malade atteint d'un syphilome préputial riche en tréponèmes et d'adénite. Injection intraveineuse de 200.000 *UO* (goutte à goutte) en vingt-quatre heures et pendant cinq jours (au total 1.000.000 de *UO*). Disparition des spirochètes quatorze heures après le début du traitement. Guérison en dix jours. Chez un second malade, atteint de syphilis secondaire (roséole), la cure pénicillique fut des plus efficaces (réaction d'Herxheimer positive). Actuellement, le traitement de la syphilis par la pénicilline est employé couramment dans les hôpitaux de l'armée américaine[2].

Etude expérimentale. — Il nous a semblé intéressant d'entreprendre des recherches confirmatives concernant l'action thérapeutique de la pénicilline dans la syphilis expérimentale du lapin et de la souris. N'ayant pas à notre disposition des quantités suffisantes de pénicilline de fabrication française, nous nous sommes adressé au Service de Santé de l'Armée des Etats-Unis, avec prière de nous confier une petite quantité de pénicilline américaine pour l'expérimentation. C'est ce que l'on fit avec bonne grâce; nous le remercions très cordialement.

Voici les résultats de quelques-uns de nos essais, faits en collaboration avec M. Vaisman (*Bul. Acad. de Méd.*, séance du 31 Octobre 1944) :

Des lapins porteurs de chancres scrotaux volumineux (souche Gand), très riches en spirochètes, ont été traités soit par injection de pénicilline directement dans le tissu syphilomateux, soit par administration intraveineuse).

Lapin 53. — 2 chancres. Dim.[3]: 20×13, 22×16. Très nombreux spirochètes mobiles. Poids: 2.000 g. Injection intraveineuse de 40.000 *UO* immédiatement et 20.000 *UO* à deux reprises, le lendemain et le surlendemain (au total, 80.000 *UO*). Vingt-quatre heures après la première injection de pénicilline, rares spirochètes mobiles et des cadavres. Les tréponèmes disparaissent le troisième jour. Cicatrisation des syphilomes le cinquième jour. Poids, à la fin de l'expérience, 2.050 g.[4].

Lapin 51. — 2 chancres. Dim.: 26×23, 22×10, très riches en spirochètes. Poids, 2.600 g. Injection intraveineuse de pénicilline: 40.000 *UO* immédiatement et 20.000 *UO* le lendemain et le surlendemain. Disparition des tréponèmes (rares cadavres) le deuxième jour. Cicatrisation des lésions le cinquième jour (les croûtes se détachent). Poids, à la fin de l'expérience, 2.750 g.

Conclusions. — *L'ensemble de nos expériences montrent qu'injectée soit localement, soit par voie intraveineuse et à des doses multiples, variant, au total, entre 7.500, 10.000 et 80.000 UO, la pénicilline provoque, chez le lapin, une disparition rapide (un à trois jours) des tréponèmes et une cicatrisation du chancre à bref délai (cinquième jour). L'action curative clinique du médicament dans la syphilis expérimentale du lapin est donc certaine. Reste à savoir si cette action est profonde, si les récidives sont évitées, si la pénicilline détermine une stérilisation totale et définitive de l'organisme et si elle négative les réactions sérologiques[5]. Des essais en cours, réalisés sur le lapin et la souris, ne tarderont pas à nous renseigner sur ce sujet[6].*

2. Il nous a été impossible de recueillir d'autres renseignements à ce sujet, par manque de bibliographie.
3. Diamètre en millimètre.
4. Un autre lapin (n° 55), traité avec une dose moindre de pénicilline *Pfizer* (5.000 et 2.500 *UO*, voie intraveineuse), a fourni des résultats analogues (disparition des tréponèmes en moins de vingt-quatre heures).
5. Des examens préliminaires montrent qu'il y a négativation de la réaction de Meinicke.
6. Rappelons que d'après Wolcott, Hamre, Mc Kee et Rake (18) une souche tréponémique isolée d'un syphilome *récidivant*, chez un lapin syphilisé à la suite d'un traitement pénicillique insuffisant, s'est révélée résistante *in vitro* à l'égard du médicament.

Ajoutons que, d'après nos essais, la pénicilline agit préventivement et curativement dans l'infection récurrentielle de la souris (*Sp. duttoni, Sp. hispanica*).

Conclusions générales.

La découverte de la pénicilline par Fleming a ouvert de nouveaux horizons à la chimiothérapie moderne des maladies microbiennes et spirillaires. L'efficacité thérapeutique de cette sécrétion mycoïdienne est étonnante. Des infections sont curables (alors qu'elles ont résisté à la sulfamidothérapie) *dans l'échelle décroissante suivante : gonococcie, méningococcie, pneumococcie, streptococcie, staphylococcie; à elles s'ajoutent la syphilis et la fièvre récurrente. Certes, le mode d'application offre de sérieuses difficultés. Il y a lieu, cependant, d'espérer que d'heureuses modifications seront apportées à l'utilisation pratique du médicament.*

Bibliographie

(1) C. Levaditi: *La Presse Médicale*, 1944, n° 9, 129. — (2) Dawson et Hobby: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 611. — (3) Herrel: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 622. — (4) Vincent et Whitgrowe: *Proceed. Soc. exp. Biol. Med.*, 1944, **55**, 162. — (5) Heilman: *Amer. Journ. Med. Soc.*, 1944, **207**, 477. — (6) D'après Herrel: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 622. — (7) Bloomfield, Lowell, Rantz et Kirby: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 627. — (8) Knight, Loewenberg et Wright: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 300. — (9) Keefer, Blake, Marshall, Lookwood et Wood: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1943, **122**, 1217. — (10) Mahoney, Ferguson, Buckholtz et Van Slyke: *Amer. Journ. Syph. Gonor. and Vener. Diseases*, 1943, **27**, 525. — (11) Ferguson et Buckholtz: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **125**, 22. — (12) Miller, Scott et Moeller: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **125**, 607. — (13) Turner et Sternberg: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 133. — (14) Cohn, Studdiford et Grünstein: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **124**, 1124. — (15) Robinson: *Proceed Roy. Soc. Med.*, 1943, **37**, 101. — (16) Oard, Jordan, Nimaroff et Phelan: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1944, **125**, 323. — (17) *Venereal Diseases Information*, 1944, **25**, n° 7, 197. — (18) Dunham, Hamre, Mc Kee et Rake: *Proceed Soc. Exp. Biol. Med.*, 1944, **55**, 158.

RÉSULTATS CLINIQUES ET HUMORAUX DE 16 ASPIRATIONS DUODÉNALES POUR OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

par MM.

O. LAMBRET †, P. DECOULX, J. DRIESSENS et Y. OMEZ

(Lille)

L'aspiration duodénale, récemment entrée dans le domaine pratique, a conquis rapidement tous les suffrages par ses résultats étonnants et les publications qui en vantent les bienfaits ne manquent pas. Mais il s'agit le plus souvent de résultats isolés, et nous n'avons trouvé jusqu'ici en France aucun travail statistique. De plus, dans les observations rapportées, le côté humoral est ou négligé, ou étudié de façon incomplète. Les dosages en série sont pourtant très utiles pour la conduite du traitement, mais aussi pour la connaissance des phénomènes physio-pathologiques.

Nous avons envisagé dans plusieurs publications récentes[1] les principes de la méthode et ses diverses techniques. Nous voulons exposer simplement ici les résultats que nous avons pu enregistrer dans 25 occlusions du grêle observées en dix-huit mois.

Rappel des indications.

Ce serait nuire à cette méthode que de lui assigner un domaine trop étendu. *Deux contre-indications* essentielles doivent être signalées :

Les occlusions du gros intestin. — En principe, dans les occlusions basses, la valvule iléo-cæcale n'est pas forcée, les gaz ne refluent pas dans le grêle, l'aspiration est inopérante. Même si, parfois, le grêle est également distendu, l'aspiration est incapable d'évacuer tout le contenu gazeux de l'intestin.

On peut donc dire que, presque toujours, l'aspiration est contre-indiquée dans les occlusions basses. Si la clinique n'est pas toujours capable de discriminer le siège grêle ou colique de l'obstacle, la radio, par contre, le fait presque toujours facilement. Il en résulte qu'un examen radiologique est indispensable avant de décider une aspiration: « Il est aussi important de radiographier une occlusion qu'une fracture. »

Les strangulations intestinales. — Toutes les fois qu'une bride, un volvulus, une coudure viennent menacer la paroi intestinale ou son méso, l'aspiration doit être repoussée, car elle fait perdre un temps précieux et augmente la menace de perforation. Les hernies étranglées, où la strangulation est évidente, sont une contre-indication absolue.

La formule est donc simple et précise : *aspiration dans l'obstruction, jamais d'aspiration dans la strangulation.* Mais distinguer ces deux formes est souvent bien difficile : c'est la plus grosse critique que l'on puisse faire à la méthode : difficultés de poser ses indications précises

Les auteurs américains affirment la strangulation sur le trépied suivant :

Persistance d'un fond de douleurs permanentes entre les crises douloureuses paroxystiques du syndrome de Kœnig ;

Point douloureux fixe à la palpation ;

Hyperleucocytose précoce.

Ce schéma n'est malheureusement pas infaillible, et, dans bien des cas, la conduite à tenir reste pleine d'incertitude.

Les images radiologiques montrant une anse isolée fortement dilatée font plutôt penser à la strangulation, tandis que plusieurs anses modérément distendues font croire à l'obstruction. La lecture des clichés dans l'occlusion, que de nombreux travaux, en particulier le livre récent de Mondor, Porcher et Olivier, ont vulgarisé en France, est encore fort difficile et toute une éducation est à faire à ce sujet.

On peut dire que l'aspiration doit être repoussée dans les occlusions très aiguës, où la douleur, l'altération de l'état général, la rapidité du pouls orientent vers une lésion grave de l'intestin et qu'elle est indiquée au contraire toutes les fois que le syndrome évolue plus lentement et que l'état général du malade semble peu menaçant.

Sur 25 cas, nous avons posé 4 fois le diagnostic de strangulation et nous ne nous sommes trompés qu'une fois (iléus biliaire). Les 21 autres cas étaient bien des obstructions.

Résultats cliniques.

25 occlusions du grêle ont été observées (les hernies étranglées étant éliminées). 4 fois, le diagnostic de strangulation fut posé et suivi d'intervention immédiate. 21 fois, l'aspiration fut décidée. 5 fois, les tentatives furent infructueuses, soit par l'indocilité du sujet, soit parce que le passage pylorique de la sonde refusait de se faire. 16 observations sont donc utilisables. Elles sont rapportées en détail dans la thèse de Wallerand[2].

Si l'on excepte une seule mort (par fistule stercorale ultérieure), *tous nos malades sont sortis guéris.* Il s'agit évidemment d'une série heureuse, mais ce fait montre à quel point l'aspiration améliore le pronostic. Il n'y a pas bien longtemps, 40 à 50 pour 100 de mortalité dans l'occlusion aiguë du grêle étaient des chiffres moyens.

Dans un seul cas, l'aspiration fut suivie d'échec. L'occlusion, due à une bride, siégeait à la fin du grêle, et, bien que l'aspiration duodénale ait ramené

1. O. Lambret : Occlusion intestinale et sérum salé hypertonique. *La Presse Médicale*, 1930, n° 19.
Polonovski et Driessens : L'hypochlorémie au cours de l'occlusion. *C. R. de la Société de Biologie*, 1934, **115**, 1427.
Lambret et Driessens : Hypochlorémie et accumulation de chlore dans la paroi intestinale au cours de l'occlusion expérimentale. *Congrès de Médecine de Marseille*, 1938, et *Société de Biologie*, 1938, **129**, 575.
Lambret et Driessens : Rôle du système nerveux neuro-végétatif dans la production de l'hypochlorémie de l'occlusion. *Acad. de Chirurgie*, 1941, 556.
Lambret, Decoulx et Driessens : L'exhémie plasmatique dans l'occlusion intestinale aiguë. *La Presse Médicale*, 28 Janvier 1942.
Decoulx : L'occlusion intestinale. Idées modernes sur sa physio-pathologie. *Echo Médical du Nord*, 1942, 101.
Decoulx et Omez : L'aspiration continue dans le traitement de l'occlusion intestinale. Indications et technique. *Journal de Chirurgie*, 1943, **59**, 113.
2. M. Wallerand : Les effets de l'aspiration intestinale sur les phénomènes humoraux de l'occlusion. *Thèse de Lille*, 1942-1943, n° 9.

Tableau résumant les dosages effectués dans l'une de nos observations: occlusion post-opératoire guérie par aspiration.

	AVANT L'ASPIRATION	12 HEURES APRÈS	1 JOUR APRÈS	2 JOURS APRÈS	3 JOURS APRÈS	4 JOURS APRÈS	5 JOURS APRÈS
Chlore plasmatique (en grammes)	3,26	3,10	2,92	2,96	3,25	3,25	3,25
Chlore globulaire (en grammes)	1,42	1,50	1,42	1,42	1,59	1,95	2
Volume plasmatique (en cent. c.)	627		610	628	660	671	711
Volume globulaire (en cent. c.)	373		390	372	340	329	289
pH sanguin	7,95	7,85	7,87	7,84	7,79	7,56	7,40
Réserve alcaline	54,28	61,77	67,39	63,04	67,39	58,03	58,03
Glycémie (en grammes)	—	0,90	1,06	1,16	1,06	0,88	0,97
Urée sanguine (en grammes)	1	0,90	0,75	0,50	0,25	0,30	0,20
N peptidique (en grammes)	0,072	0,066	0,039	0,060	0,072	0,065	0,057
N aminé (en grammes)	0,031	0,035	0,026	0,027	0,027	0,033	0,021
N polypeptidique (en grammes)	0,041	0,031	0,013	0,033	0,045	0,032	0,036

Nota. — La chlorémie continue à baisser tant que la décompression n'est pas complète, puis remonte brusquement. La glycémie augmente d'abord, puis rejoint la normale. Les polypeptides s'abaissent. L'hémo-concentration diminue. L'urée sanguine passe de 1 *g.* à 0 *g.* 20.

Pendant toute cette période, le malade n'a reçu qu'un litre de sérum glucosé par jour, sous-cutané.

une grande quantité de liquide, elle n'améliora ni l'état général, ni l'état humoral. Sans doute, l'intubation intestinale progressive à la sonde de Miller-Abbott eût-elle été préférable.

Dans tous les autres cas, l'affaissement du ventre et le relèvement de l'état général furent très nets. Ces résultats sont souvent si évidents et déjà si connus que nous n'y insisterons pas : le ventre s'aplatit en quelques heures, les douleurs et les coliques disparaissent ; les vomissements cessent, les signes généraux s'améliorent de façon démonstrative. C'est là le cas le plus fréquent. La quantité de liquide extrait est souvent surprenante et atteignit 17 litres en deux jours.

Dès lors, 2 éventualités peuvent se produire.

Premier cas : l'aspiration est curatrice. — Après cette amélioration rapide, il faut attendre l'émission des gaz et l'apparition d'une selle spontanée, ce qui met habituellement deux à quatre jours à se produire. Alors le tube est retiré, et le transit se rétablit définirivement. C'est le cas des occlusions post-opératoires précoces, ou de celles qui sont dues à un foyer inflammatoire, appendiculaire ou pelvien.

9 malades, soit *plus de* 60 *pour* 100 *n'ont pas été opérés.* Ce sont :

6 occlusions post-opératoires précoces. C'est un fait classique que dans ces formes, qui relèvenr soit d'une paralysie intestinale, soit d'une agglomération d'anses grêles, l'aspiration est curatrice.

2 occlusions post-opératoires tardives, survenues quatre mois et six ans après une intervenrion. L'aspiration ayant amené la guérison, fallait-il opérer systématiquement dans la crainte d'une récidive ultérieure, ou pouvait-on laisser sortir le malade avec cette menace pour l'avenir ? La question est discutable : ces 2 malades sont restés guéris depuis dix-sept et sept mois, mais ajoutons que, si l'occlusion a été sérieuse, il ne faut pas hésiter à opérer à froid pour prévenir toute récidive.

1 occlusion non consécutive à une intervention (bride spontanée). Elle sortit guérie, mais revint un mois plus tard et dut être opérée.

Second cas : l'aspiration est pré-opératoire. — Il ne faudrait pas dire que de tels malades ont été opérés « malgré » l'aspiration, car celle-ci améliore considérablement une intervention indispensable. Opérer un malade désintoxiqué, avec des anses affaissées et un silence abdominal correct, devient une intervention simple et peu meurtrière. Le temps de recherche de l'obstacle, souvent si pénible sur un venrre distendu, devient ici extrêmement facile : l'éviscération est évitée, la fermeture se fait sans difficulté et l'on comprend que la statisuque opératoire soit bien meilleure.

5 de nos malades ont été opérés, et ils ont tous guéri. L'intervention eut lieu huir, six, quatre, quatre et rrois jours après le début de l'aspiration. Elle montra les lésions suivantes : une tuberculose annexielle, une mésentérite rétractile, une adhérence post-opératoire et 2 brides.

Il reste entendu que l'aspiration ne constitue pas un traitement systématique de l'occlusion et que ses indications sont toujours à discuter. Le fait que 16 malades seulement sur 25 y ont été soumis montre bien que ces réserves nous sont restées présentes à l'esprit.

Résultats humoraux.

Dans 12 cas seulement les dosages ont été pratiqués de façon suffisamment répétée pour être utilisables. Ils ont porté sur les éléments suivants : chlore plasmatique et globulaire, volume globulaire et plasmatique dont le rapport donne les variations de la masse sanguine, pH, réserve alcaline, glycémie, urée sanguine, polypeptides et acides aminés. A titre d'exemple, nous reproduisons un des nombreux tableaux qui figurent dans la thèse de Wallerand.

Action sur l'hypochlorémie. — En réalité, la question de l'hypochlorémie dans l'occlusion est fort complexe. Dans nos observations l'hypochlorémie n'est pas constante. Sur 10 malades dont le dosage a été fait, elle était nette 4 fois, très légère 4 fois, et 2 fois le chiffre était normal. On comprend que ces variations influent sur les résultats de l'aspiration.

D'autre part, l'aspiration chez un sujet non occlus est capable d'abaisser le chiffre du chlore par action mécanique due à la quantité du liquide pompé. Des recherches effectuées en ce sens par M[lle] Cornillot dans le Service sont détaillées dans la thèse de Wallerand.

Enfin, plusieurs de nos observations montrent que *la décompression peut faire remonter automatiquement le chiffre de la chlorémie.* Dans 2 cas ce retour à la normale est extrêmement net, bien que les malades n'aient pas reçu de sérum salé. Ceci démontre que, sous l'action de l'aspiration, l'organisme est capable de rétablir son équilibre chloré.

Sur 10 malades nos résultats sont les suivants :

5 fois l'action fut nette : relèvement de la chlorémie ;

4 fois l'action fut nulle ou négligeable ;

1 fois elle fut paradoxale, abaissement du chlore.

Cette divergence tient à l'opposition de deux mécanismes antagonistes au cours de l'aspiration : décompression qui corrige le syndrome humoral et relève la chlorémie, déperdition de liquides chlorés qui l'abaisse.

Cette constatation est fort importante pour la conduite du traitement. L'administration de sérum hypertonique pendant l'aspiration reste souvent indiquée, mais elle doit être faite, ici plus que jamais, sous surveillance et en accord avec des dosages répétés du chlore sanguin. La thérapeutique rechlorurante reste une méthode indispensable et dont les résultats ne peuvent être mis en doute, mais qui demande à être contrôlée et dirigée.

Action sur les autres éléments du syndrome humoral. — Nous avons noté :

Un abaissement de la glycémie ;

Une diminution de l'hémo-concentration ;

Un abaissement de l'azote polypeptidique ;

Un abaissement de l'urée sanguine.

Ce dernier élément est le plus net ; c'est également le plus facile à rechercher et le témoin le plus fidèle de l'état général du sujet.

Sur les tableaux, dont nous ne pouvons reproduire ici qu'un seul exemplaire, on peut aussi remarquer que les résultats ne sont pas immédiats, mais apparaissent dès que la décompression est suffisante.

Ces faits nous paraissent assez démonstratifs pour imposer cette conclusion : *tous les éléments du syndrome humoral sont favorablement influencés par l'aspiration duodénale et tendent à retrouver un chiffre normal.* C'est là une constatation d'un grand intérêt théorique et pratique.

Intérêt théorique, car elle montre que la distension intestinale est bien à l'origine des phénemènes généraux et humoraux de l'occlusion et apporte une preuve indirecte aux théories modernes sur la physio-pathologie de cette affection.

Intérêt pratique, car elle prouve que l'aspiration n'est pas une méthode empirique et mécanique, mais qu'elle réalise un véritable traitement pathogénique, curatif ou pré-opératoire, de l'occlusion intestinale.

(*Travail de la Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur et de l'Institut de Recherches biologiques de Lille* [Prof. O. Lambret].)

LE PRONOSTIC DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE JUGÉ D'APRÈS QUELQUES ASPECTS RÉTINIENS

Par **P. BAILLIART**

(Paris)

L'état anatomique et fonctionnel de l'artère et de la veine centrales de la rétine, véritables vaisseaux cérébraux, est, dans l'hypertension artérielle, pour le médecin, comme pour l'ophtalmologiste, au moins aussi intéressant que celui de l'humérale ou de la radiale. Réseau terminal, au sens exact du mot, le seul dont l'exploration précise soit possible, l'arbre rétinien ne fournira-t-il pas la base d'une réponse à la question toujours posée : dans l'origine et le maintien de l'hypertension, quelle part joue la résistance périphérique ?

Les accidents frappent très souvent les vaisseaux rétiniens au début ou au cours de l'hypertension artérielle, au point que l'on a pu dire (Bonamour[1], A. Dumas[2]) que pas un des hypertendus envoyés à nos examens ne s'en révèle tout à fait indemne. Tout ce que cliniciens et anatomistes connaissent ailleurs des lésions vasculaires, nous l'observons sur le tissu *vivant.* Le médecin devine la lésion, nous la *voyons,* comme l'histologiste, mais elle *vit* sous nos yeux avec les réactions qu'elle entraîne. Infarctus blanc de l'oblitération artériolaire, embolique ou thrombosique, infarctus rouge de la stase veineuse, état spasmodique, supposé ailleurs, hémorragie inondant le vitré comme un ventricule cérébral, tous ces aspects, parmi bien d'autres, nous les observons chaque jour, et l'habitude nous permet d'en prévoir l'évolution.

Ce n'est pas ici la place de décrire ces lésions vues à l'ophtalmoscope, mais seulement de dire sur quels signes l'examen du fond de l'œil, *sphygmoscopie rétinienne,* suivant l'heureuse expression de Magitot, permet d'entrevoir l'avenir vital de certains hypertendus. Les signes rétiniens révèlent, souvent mieux que d'autres, les cas sévères, ceux que, grâce à la collaboration étroite de l'ophtalmologiste et du médecin, l'école américaine a rangés sous le nom *d'hypertension artérielle maligne* (Wagener et Keith[3]).

L'œdème de la papille est parmi les plus graves. Il peut, dans l'hypertension artérielle, aller jusqu'à prendre l'aspect classique de la stase papillaire ; certains hypertendus ont été, sur ce signe, opérés pour tumeur cérébrale. On se le demande souvent : le trouble circulatoire de l'hypertension artérielle est-il seul responsable, ou, avec lui, l'élévation de la pression intra-cranienne qui, si fréquemment, l'accompagne? S'agit-il, chez un hypertendu, d'une compression cérébrale liée ou non à l'hypertension ? La réponse est difficile sur le seul aspect ophtalmoscopique; à l'école de Riser, Couadeau[4] s'est efforcé de la donner. Du reste, il existe en général alors d'autres signes neurologiques; ils manquent, par contre, dans ces cas où l'œdème léger de la papille ou de ses bords est le seul signal d'alarme ; cela est fréquent dans l'hypertension artérielle, surtout dans ces états où la vie est menacée, dans la rétinite albuminurique par exemple. On s'inquiétera toujours devant cet œdème de la papille, témoin presque infaillible, surtout s'il est bilatéral, d'un aspect cérébral analogue.

Sous le nom de *thrombose de la veine centrale,* on range des états variés qui, très proches dans leur aspect, ont des origines différentes. La veine, sinueuse, dilatée et noire, ressemble à la sangsue gorgée de sang ; autour d'elle, des hémorragies, de

1. Bonamour : Etude clinique du fond de l'œil dans l'hypertension artérielle. *Thèse de Lyon,* 1936.
2. A. Dumas : *La maladie hypertensive* (*Masson*), 1939, 19.
3. Wagener et Keith : Maladie arrériolaire diffuse er hyperrension. *XV*e *Congrès d'Ophtalmologie,* Le Caire, 1937.
4. Couadeau : Le problème de l'œdème papillaire dans l'hypertension artérielle. *Bull. Soc. d'Ophtalm. Paris,* 1936; et *in* thèse Paulette Barbier : *Contribution à l'étude de la pression cranio-rachidienne au cours de l'hypertension artérielle.* Toulouse, 1937.

petits foyers blancs, fibrineux, saillants, de l'œdème qui infiltre la rétine et en altère la couleur. Une oblitération veineuse peut en être la cause, mais, bien souvent, l'origine est seulement fonctionnelle. Constaté chez l'hypertendu, ce signe a la gravité d'un ictus cérébral; il en est vraiment un, et fréquemment le premier. Il prouve la défaillance circulatoire ; recevant le sang sous une pression très anormale, les capillaires opposent d'abord à la surcharge la contracture de leurs parois; ils en absorbent une partie, en sorte qu'à l'entrée du réseau veineux s'exerce une poussée faiblement accrue. A la longue, si l'oblitération ne les a pas touchés, ils se laissent forcer et se dilatent ; dès lors la colonne sanguine, sous une pression artériolaire à peine réduite, aborde et force les veines extensibles ; le sang stagne, des éléments du sérum et du plasma sortent ; la rétine, dans un sang insuffisamment renouvelé, ne trouve plus tous les éléments de sa nutrition. Cette défaillance veineuse, qu'Alajouanine et Thurel[5] ont si bien étudiée du côté du réseau cérébral, est très grave ; la constater sur le plan rétinien, c'est prévoir qu'elle peut se produire ailleurs dans le réseau encéphalique. Le pronostic vital est encore plus mauvais lorsque, dépassant les capillaires, elle apparaît jusque sur le tronc de l'artère centrale dont la lumière s'élargit et la pression s'abaisse. Si nous trouvons alors, des deux côtés, la pression rétinienne basse, nous devons redouter de graves et prochaines complications ; le trouble fonctionnel, nous l'avons déjà vu pour l'œdème, est au delà de l'artère rétinienne, puisqu'entre les deux artères centrales, le réseau encéphalique est le seul trait d'union.

Cette hypotension rétinienne dans l'hypertension générale ne se trouve pas seulement dans ces formes particulièrement graves de thrombose de la veine centrale. Chose curieuse, exceptionnelle avant cette guerre, cette forme de déséquilibre tensionnel est aujourd'hui fréquente ; il est difficile d'en donner la raison, carence alimentaire sans doute, modifiant le tonus artériolaire. Il n'est pas encore permis, faute de temps, de donner le pronostic éloigné de cette mystérieuse hypotension locale ; si d'autres anomalies, organiques ou fonctionnelles, ne l'accompagnent pas, il ne semble pas mauvais ; sachons cependant en tenir compte ; car, on le conçoit facilement, il serait bien imprudent de diminuer une pression suffisant à peine déjà aux besoins du cerveau. Le pronostic est très différent, si, dans les vaisseaux rétiniens déjà lésés, on voit brusquement la pression minima s'abaisser. C'est l'histoire connue de certaines hypertensions intra-craniennes ; elles entraînent toujours, du côté de la rétine, une élévation de la pression artérielle minima, et, plus légère, de la pression veineuse ; quand survient la stase papillaire, signe de gravité accrue, la pression locale baisse et redevient normale. On a parlé, pour l'expliquer, d'une sorte d' « asystolie fonctionnelle »[6] ; il y a là, en tout cas, la preuve d'une défaillance vasculaire, au delà du plan de la papille.

Un déséquilibre inverse entre les pressions humérale et rétinienne se rencontre plus souvent ; le rapport normal (1 à 0,45) est changé ; le chiffre rétinien s'élève *solitairement* au point d'atteindre, et quelquefois de dépasser, celui de l'humérale. De ce signe, Abrami, Jean-Gallois et Stehelin[7] ont, les premiers, montré la gravité. Quelque explication que l'on en donne, cette élévation est d'autant plus grave que le désaccord est plus grand. Du reste, quelle que soit la pression humérale, si, correctement mesurée, la minima rétinienne atteint 150 mm. Hg, le pronostic est très mauvais ; les artères cérébrales ne supporteront pas longtemps, sans réagir ou sans céder, une telle surcharge ; l'expérience nous l'a montré.

L'aspect des vaisseaux laisse souvent prévoir l'évolution de la maladie. Voici, par exemple, les artérioles rétiniennes qui s'entourent de cordons blancs, masquant, par place, la colonne sanguine. Nous suivrons pendant des années des malades dont la rétine est ainsi touchée; nous la verrons dégénérer, souvent cependant sans trouble appréciable de la circulation cérébrale. Chez d'autres, des lacunes se creusent peu à peu dans la rétine, et le malade survivra, accusant seulement des vertiges et des défaillances de la mémoire. Mais, voyons-nous apparaître dans l'épaisseur de la paroi artériolaire, ces petits foyers réfléchissant très vivement la lumière, au point de donner à Bonnet et à Bonamour[8] l'impression d'un phare. le pronostic est bien plus sombre. C'est là le début de cette *dégénérescence hyaline* qui a déjà frappé, ou va frapper, d'autres petites artères ; l'atteinte de celles du cerveau et du rein sera particulièrement dangereuse.

Le *rétrécissement* du réseau artériolaire rend le pronostic mauvais ; il trouve son expression dans l'aspect « angiospastique » de l'*hypertension blanche*, grave par les lésions rénales qui, dans la conception de Volhard, en seraient, comme celles de la rétine, la conséquence. Il peut porter sur toute la longueur de l'artère ; elle semble avoir perdu un tiers ou un quart de son diamètre ; ou bien elle est plus étroite par place; des nœuds se forment entre deux zones normales; ou, sur un point du vaisseau, on voit une encoche. Ces formes là sont facilement reconnues. Il est souvent malaisé, en revanche, d'affirmer le rétrécissement, car, d'un sujet normal à un autre, l'écart dans le diamètre est important. Même dans les formes graves, ce rétrécissement n'est pas constant ; la preuve en est fournie par la photographie. Lo Cascio[9], l'utilisant, a trouvé, dans cette forme sévère d'hypertension qu'est la rétinite albuminurique, la réduction du calibre artériolaire dans 17 pour 100 des cas seulement. Le signe reste cependant capital.

L'exagération du tonus peut réduire la lumière du vaisseau sans rétrécissement apparent du diamètre extérieur ; *c'est le calibre intérieur qui seul nous intéresse.* On sait qu'il est très souvent diminué dans les formes graves de l'hypertension. Wagener et Keith[10] l'ont prouvé par biopsie des artérioles du grand pectoral : chez le sujet normal, l'épaisseur de la paroi est égale à la moitié du calibre ; dans les formes graves de l'hypertension, le rapport est inversé. On reconnaîtra l'état de contracture des artères rétiniennes même sur un vaisseau dont les diamètres paraissent normaux ; la paroi plus rigide résiste davantage à la contre-pression ; plus apparente peut-être que réelle, l'exagération anormale de la pression rétinienne prouve seule alors l'hypertonie et la contracture.

Suivant la conception de Volhard, on doit, on le sait, distinguer deux grandes formes de l'hypertension. Avec la « blanche » les artères se rétrécissent; c'est l'étape *angiospastique* provoquant du côté de la rétine, où il faut aller chercher la preuve du spasme permanent, l'aspect si grave de la rétinite dite albuminurique. Le pronostic est mauvais; généralisée, comme elle l'est toujours, la contracture des artérioles provoquera du côté du rein ces phénomènes d'asphyxie, de dégénérescence et de mort cellulaires dont la rétine elle-même est frappée; sans doute, on voit apparaître alors dans le sang des produits anormaux de rétention ; ils ne sont pas responsables des accidents cérébraux ou rétiniens. Volhard se sépare ainsi des auteurs qui, à la suite de Leber et de Rochon-Duvigneaud, admettent l'origine toxique ; il accuse le spasme seul et l'anémie qu'il entraîne. Moins grave que la blanche, la *forme rouge* évolue longtemps sans accidents rénaux, sans grande élévation de la minima, sans rétrécissement des artérioles, dont le calibre reste normal ou s'élargit. Facilement reconnue sur le plan rétinien, elle y est moins sérieuse que la blanche ; à la longue, les phénomènes spastiques peuvent du reste survenir ; il y a des formes intermédiaires et de transition.

Il n'est pas question de discuter ici la valeur de cette conception dont la faveur reste grande ; nous nous demanderons seulement si l'examen des vaisseaux rétiniens, au cours de l'hypertension artérielle, apporte un moyen d'apprécier la part jouée par la résistance périphérique dans la genèse de l'hypertension. La sphygmoscopie rend son rôle vraisemblable. Rétrécie ou non, l'artère centrale paraît plus contractée qu'à l'état normal. La résistance nouvelle qu'elle oppose à la marche de la colonne sanguine, en limitant l'élargissement du calibre, contribue certainement à l'élévation de la pression artérielle.

Dans certaines formes, la contracture est si violente qu'elle pourrait suffire à expliquer l'élévation brutale de la pression; c'est sous cet aspect angiospastique que se présentent à l'ophtalmologiste les crises de l'hypertension paroxystique et celles de l'éclampsie. Si on rejette, à l'origine, le rôle de substances charriées par le sang, on voudrait savoir le pourquoi de cette contracture brutale et de celle, plus modérée, de l'hypertension artérielle. La maladie hypertensive est-elle une affection à manifestation primitivement vasculaire (A. Dumas[11]) ? Faut-il voir seulement, dans toutes les modifications des petites artères rétiniennes, la preuve, et quelquefois le début, de la maladie artériolaire diffuse qui, pour Wagener et Keith, est la cause de l'hypertension ? Ce sont là des points sur lesquels les examens les plus minutieux de la rétine ne peuvent pas encore nous éclairer ; mais en revanche combien précieux sont les renseignements qu'elle nous donne sur l'évolution de l'hypertension artérielle.

5. Alajouanine et Thurel : Rapport à la XV[e] réunion neurologique internationale (*Masson*, édit.), 1936.
6. Claude, Lamache et Dubar : Essais sur la pathogénie de la stase papillaire. *Bull. Soc. d'Opht. Paris*, 1928.
7. Abrami, Jean-Gallois et Stehelin : Pression artérielle rétinienne et fond de l'œil dans certains cas d'hypertension artérielle. *Bull. Soc. d'Opht. Paris*, 1930, 262.
8. P. Bonnet et Bonamour : Le phénomène du phare à éclipses observé sur la paroi des artères rétiniennes dans l'hypertension artérielle. *Lyon-Médical*, 7 Mars 1937.
9. Lo Cascio : *Annali di Ottalmologica et Clinica oculistica*, 1925.
10. Wagener et Keith : Le Caire, 1937 (*loc. cit.*).
11. A. Dumas : *Loc. cit.*, 77.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

10 Octobre 1944.

Notice nécrologique sur M. Achard. — M. Loeper.

Vaccination des bovins contre l'infection brucellique par l'inoculation associée d'un germe avirulent et d'un antigène glucido-lipidique. — MM. Lisbonne, Roman et Quatrefarges. M. Boivin, rapporteur. Les auteurs ont utilisé chez des génisses contre l'infection brucellique un vaccin constitué par l'association d'une souche vivante avirulente de *Br. abortus* et d'un antigène glucido-lipidique extrait de *Br. melitensis;* 61 génisses ont été vaccinées en 1941 dans des étables très infectées où l'avortement se manifestait sur plus de 80 pour 100 des animaux; depuis, on a noté 76 mises bas normales et un seul avortement; les auteurs ont vérifié bactériologiquement qu'aucun des animaux n'avait été infecté, malgré une cohabitation de près de 3 ans avec des vaches malades. Ces résultats semblent ouvrir une voie nouvelle à la prophylaxie des brucelloses animales et humaines.

Sur l'origine épithéliale des tubes urinifères de l'embryon humain. — M. P. Roux. M. Rouvière, rapporteur. L'auteur montre que contrairement à ce que l'on a admis jusqu'à maintenant, les canalicules urinaires ont comme les collecteurs et les calices une origine épithéliale directe; leur épithélium provient de cellules qui partent du bourgeon urétéral et de ses diverticules et émigrent dans le blastème rénal.

Contribution à l'étude de l'ontogénèse et de la phylogénèse du cervelet en vue de sa systématisation. — M. Picard-Leroy. M. Rouvière, rapporteur. L'auteur montre que les sillons et les lobes du cervelet se développent dans un ordre déterminé qui est le même que celui que l'on observe dans l'histogénèse de l'écorce cérébelleuse et qui est également le même pour la myélinisation des faisceaux et dans le développement phylogénétique du cervelet. De cette étude d'anatomie comparée, l'auteur déduit une systématisation du cervelet appuyée par la physiologie et la clinique.

L'ulcère addisonien. — MM. Chabrol et Blanchon ont vu évoluer parallèlement les manifestations d'un double ulcère de la petite courbure et les accidents cardinaux de la maladie d'Addison. Les auteurs ont noté les heureux effets de la cortine synthétique : reprise des forces, augmentation de poids, élévation de la tension artérielle, en même temps que les manifestations gastriques présentaient une atténuation ; le malade étant mort subitement, on trouva 2 ulcères de date récente, taillés à l'emporte-pièce dans des tuniques parfaitement souples. Cette juxtaposition morbide n'est pas l'effet du hasard et a été notée dans une statistique de la Mayo-Clinic 7 fois sur 30. Les auteurs se demandent si l'irritation du plexus solaire par le processus tuberculeux n'a pas pu réaliser un trouble trophique à distance en territoire gastroduodénal.

17 Octobre.

Épithélioma du poumon chez le rat blanc. — MM. G. Roussy et P. Guérin ont observé cette tumeur exceptionnelle dans 6 cas sur plus de 12.000 animaux en expérience à l'Institut du cancer; il s'agit presque toujours d'épithéliomes malpighiens dont l'un a été transplanté avec succès dans 6 passages; ils auraient, comme chez l'homme, une origine bronchique; la cause de leur développement reste inconnue et l'infection pulmonaire, malgré sa grande fréquence, ne semble pas être un facteur déterminant.

Contribution à la question des sillons cérébraux transitoires. — M[lle] Friant donne une description de ces sillons qui apparaissent avant les circonvolutions, indépendamment d'elles et n'ont qu'une existence transitoire.

Élection d'un correspondant national dans la 4e division (sciences biologiques). — M. Lisbonne (de Montpellier) est élu.

24 Octobre.

Décès de M. A. Gosset. — Allocution de M. Brouardel.

Étude toxicologique expérimentale des solvants industriels : benzénisme et sulfocarbonisme. — MM. R. Fabre, A. Fabre et Vaquier, grâce à une technique d'extraction bien mise au point et à des méthodes de dosage sensibles et spécifiques, montrent que l'imprégnation benzénique atteint principalement les centres nerveux et hématopoïétiques ainsi que les glandes endocrines; elle est moins profonde que celle due au sulfure de carbone, cas dans lequel il faut particulièrement retenir une localisation très importante dans les surrénales. Les techniques proposées permettent, grâce au dosage de ces solvants dans quelques centimètres cubes de sang, de suivre l'état d'imprégnation des ouvriers travaillant dans des atmosphères contaminées.

La leucémie aiguë à monocytes.—MM. Aubertin et Laederich étudient la forme aiguë de la leucémie monocytaire dont le diagnostic ne peut se faire que par l'hématologie, les signes cliniques étant les mêmes que ceux des autres leucémies aiguës; les cellules en cause ne sont ni des monocytes adultes ni des monoblastes, mais des monocytes atypiques; elles proviennent du tissu réticulo-endothélial et l'anatomie pathologique montre que cette maladie est la forme leucémique de la réticulose aiguë; on peut la distinguer de l'angine dite monocytaire par ce fait que la réaction de Paul et Bunnel y est constamment négative.

Le polymorphisme clinique et cytologique des réticuloses cutanées. — M. A. Sézary insiste sur deux caractères importants des réticuloses cutanées proprement dites (maladies de Schaumann, Kaposi, Hodgkin, mycosis fongoïde, etc.). D'une part, les lésions cytologiques (hyperplasie normale ou métatypique des histiocytes) sont plus ou moins accusées et pures suivant les cas et parfois assez différentes de celles qui ont été décrites dans les types classiques qui ne correspondent qu'aux aspects les plus purs et les mieux marqués. D'autre part, les formes cliniques de ces réticuloses sont variables et des aspects très analogues peuvent correspondre à des lésions cytologiques différentes; il n'y a, en effet, pas de relation constante entre types cellulaires et signes cliniques; cependant, de la confrontation des signes et des lésions, et en se basant surtout sur les dernières, on peut assez souvent prévoir l'évolution et la radio-sensibilité.

La forme paranoïde de la démence précoce. — M. Barbé rapporte le cas d'un malade jeune chez qui le système délirant a disparu pour ne laisser place qu'à un langage incohérent dans lequel on perçoit vaguement quelques idées hypocondriaques et des idées de persécution basées sur des interprétations et des hallucinations auditives et psychiques qui s'accompagnent d'idées confuses de négation et de grandeur; il présente d'autre part une indifférence affective et émotionnelle complète. Le terme de démence précoce à forme paranoïde devrait être réservé aux cas analogues de malades jeunes chez qui l'état démentiel apparaît rapidement et dont le délire n'a aucune tendance à la systématisation.

Élection du secrétaire général. — M. G. Roussy est élu à l'unanimité.

31 Octobre.

Décès de M. J.-L. Faure. — Allocution de M. Brouardel président.

Traitement de la syphilis et de la fièvre récurrente par la pénicilline. — MM. Levaditi et Vaisman rapportent une série d'expériences confirmant l'action curative de la pénicilline dans la syphilis découverte par Mahoney et utilisée chez l'homme avec des résultats cliniques satisfaisants. L'administration par voie intramusculaire de 7.500 à 80.000 unités Oxford à des lapins porteurs de syphilomes scrotaux fait disparaître rapidement les tréponèmes (parfois en moins de 48 heures), amène la cicatrisation des lésions en 5 jours et négative progressivement la réaction de Meinicke; l'injection unique par voie intramusculaire de 80.000 unités en suspension dans l'huile a un effet analogue. La pénicilline prévient et guérit la spirillose récurrentielle de la souris (*Sp. Duttoni* et *Sp. hispanica*).

Phosphatasémie et phosphorémie minérale dans les rhumatismes chroniques. — MM. Françon et Pellas ont étudié dans 112 cas de rhumatisme chronique appartenant aux types les plus variés la phosphatase par la méthode Roberts et la phosphorémie minérale par celle de Bell-Doisy modifiée par Briggs; en général, les valeurs trouvées ont peu différé de la normale, sauf pour quelques cas de rhumatisme chronique infectieux; comme pour le calcium, le mécanisme régulateur du sang maintient ces valeurs dans des marges très étroites; ces recherches devraient être reprises et complétées par l'établissement de bilans phosphorés et le dosage de la phosphatase et du phosphore minéral au sein des lésions.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

25 Octobre 1944.

Décès de M. le Professeur Gosset. — M. le Président fait l'éloge du Prof. Gosset, dont il retrace la carrière.

Bienvenue aux chirurgiens américains. — M. le Président souhaite la bienvenue à 3 chirurgiens américains venus assister à la séance.

A propos du procès-verbal. — M. Welti rapporte un cas de fracture intéressant le sinus frontal.

— M. Métivet communique 7 cas de fractures ouvertes traitées par l'emploi de sulfamides avec grand succès.

Méthode des greffes ostéo-périostiques dans le traitement des pseudarthroses étendues du maxillaire inférieur. — M. Virenque. M. Brocq, rapporteur. L'auteur étudie les diverses modalités de greffe osseuse suivant l'étendue de la perte de substance. Si certains cas peuvent être traités par la greffe en pont, il en est d'autres où il n'est possible d'appuyer le greffon que sur un des bouts osseux réalisant des greffes à contact unique. Parfois même on ne peut combler l'espace manquant qu'en pratiquant des greffes successives selon ce que l'auteur appelle la méthode des greffes sur greffes. 65 blessés divers ont été traités selon la première méthode avec 65 succès; 16 selon la deuxième méthode avec 16 succès; 7 cas enfin selon la troisième avec 4 succès, 3 blessés étant encore en cours de traitement. L'auteur insiste sur la nécessité de préparer soigneusement les parties molles par des greffes cutanées appropriées. En cours d'opération, il est capital d'éviter soigneusement l'ouverture du cul-de-sac gingivo-buccal.

De très belles radios montrent le modelage progressif de ces divers greffons. Des photos illustrent ce remarquable travail.

— MM. Richard et Huet emploient avec succès la méthode des greffes à contact unique dans des pseudarthroses étendues du tibia.

Un cas de sténose avec hypertrophie de la musculeuse de l'antre pylorique chez l'adulte. Gastrectomie. Guérison. — M. Chabrut. M. Brocq, rapporteur. L'auteur a observé un cas de tumeur pylorique circulaire, de consistance élastique, chez un sujet souffrant et vomissant depuis longtemps. L'incertitude du diagnostic chez l'adulte a fait faire une gastrectomie.

— M. Banzet a vu plusieurs exemples de leiomyomes localisés au sphincter pylorique pour lesquels la gastrectomie a été faite.

— M. Bazy distingue deux ordres de lésions : les tumeurs et les hypertrophies circulaires du pylore.

— M. Quénu se demande si la gastrectomie est nécessaire. Le diagnostic posé par lui dans 2 cas lui a permis de faire une ablation limitée et une gastro-entérostomie avec succès.

— M. Moulonguet. Si la tumeur est perceptible par la clinique on peut faire une opération limitée. Mais le diagnostic est impossible des cas de leiomyomatose isolée sans caractère circulaire. Enfin les sténoses de tout le pourtour pylorique, rares chez l'adulte, incitent à la gastrectomie.

— M. Bernard a pu faire le diagnostic chez un homme présentant tous les signes habituels chez le nourrisson. La pyloroplastie amena la guérison.

— M. Sénèque éliminant les myomes réactionnels au voisinage d'un ulcère cite 2 cas d'hypertrophie pylorique où la gastrectomie fut faite. Le diagnostic radiologique si difficile des grandes sténoses peut être facilité par l'évacuation préalable de l'estomac par l'ipéca.

La distension au-dessus de l'obstacle dans l'occlusion intestinale. Considération sur le mégacôlon. — M. R. Bernard rappelle que dans les cas publiés où il existait une distension au-dessous de l'obstacle, il s'agissait en général d'une lésion siégeant à l'union de deux segments intestinaux de calibre différent. Dans son cas, étiqueté mégacôlon congénital, la distension paradoxale était due à une tumeur de l'angle splénique. Les infiltrations splanchniques n'ont amené aucune modification de calibre. Seule l'exérèse remit les choses en ordre. L'auteur pense que ces distensions sont des réponses toujours identiques à des excitations diverses, nerveuses, tumorales, etc. Mais il est souvent difficile de trouver le point de départ du réflexe.

— M. Banzet cite un cas de distension paradoxale.

Lithiase et drainage des voies biliaires principales. — MM. d'Allaines, Patel et Leger ont rassemblé 57 cas personnels de drainage externe lors de lithiase des voies biliaires : 40 lithiases cholédociennes, 12 cholécystites calculeuses où le cholédoque vide mais dilaté fut drainé, 2 récidives calculeuses. L'étude de ces cas leur a montré que la mortalité (5,5 pour 100) était plus faible que celle de la dérivation interne et qu'il n'y a pas eu d'accidents de privation biliaire, à condition de réaliser une occlusion intermittente du drain externe. Les résultats éloignés sont très bons. Sur 26 malades revus, 23 sont très bien, 1 a eu un ictère fugace, 2 ont été réopérés de calculs nouveaux ou méconnus.

La cholédocoduodénostomie est beaucoup plus sévère, ne s'applique qu'à des cas faciles avec grosse dilatation cholédocienne, donne des échecs 1 fois sur 2 par obturation de la bouche. Elle n'est nécessaire qu'en cas de lithiase itérative.

Une discussion s'ouvrira sur ce sujet.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

20 Octobre 1944.

Note sur l'alcoolisme parisien pendant la période d'insurrection. — M. Heuyer et M[me] Sauguet faisant état de leurs statistiques de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, rappellent que, d'une part, pendant les premiers jours de la guerre et, d'autre part, pendant les mois de Mai et Juin 1940, lors de l'offensive et de la victoire allemande, le nombre des entrées à l'infirmerie spéciale pour toutes psychoses et notamment pour *delirium tremens* s'est élevé en flèche verticale pour atteindre son maximum le 14 Juin 1940, jour de l'entrée des Allemands à Paris. Au contraire, pendant les mois de Juillet et Août 1944, le nombre des entrées pour psychoses et pour *delirium tremens* a été le plus faible de ces 10 dernières années, pendant le mois d'Août il n'y eut qu'un seul internement pour alcoolisme. Ils insistent sur la diminution parallèle des psychoses en général et de l'alcoolisme mental au cours de ces 3 dernières années. En 1936 le nombre global des internements en France était de 29.442 et celui de psychoses alcooliques de 3.016, en 1942 les chiffres correspondants étaient de 18.277 et de 798. Les chiffres de 1942 sont sensiblement les mêmes. Il importe que la libération ne soit pas suivie d'une reprise des ravages de l'alcoolisme et que des mesures efficaces soient prises contre l'alcoolisme des villes et des campagnes.

Syndrome agranulocytaire au cours d'un traitement antisyphilitique. — MM. P. Léchelle et G. Duhamel relatent l'observation d'un homme de 36 ans, syphilitique récent, qui, au cours d'un traitement mixte arsénobenzolique et bismuthique, d'ailleurs bien conduit, présenta les symptômes d'un purpura surtout localisé aux muqueuses buccales et d'un syndrome agranulocytaire typique. L'agranulocytose était presque totale (6 polynucléaires neutrophiles pour 100 leucocytes et 600 globules blancs par millimètre cube) lorsque la mort survint après une évolution de 15 jours.

Les auteurs discutent la cause de cette agranulocytose, hésitant à l'attribuer à l'arsénobenzol plutôt qu'au bismuth. Ils tendent toutefois à penser, en raison de la ressemblance de cette observation avec les cas d'intoxication benzolique relatés par l'un d'eux, que c'est à l'arsénobenzol, et plus particulièrement au noyau benzolique de ce corps, que doivent être attribués les accidents observés.

Psoriasis et tétanie parathyréoprive. — MM. L. Justin-Besançon et Claude Laroche rapportent un cas de tétanie post-opératoire où les accidents tétaniques se sont accompagnés d'une poussée de psoriasis généralisé. Le traitement calcique a fait régresser ces deux ordres d'accidents, et par la suite le psoriasis a suivi une évolution parallèle à la calcémie. Des cures de calciférol ont eu une action particulièrement favorable.

Les accidents nerveux au cours de la tétanie par hypo-parathyroïdie. — MM. L. Justin-Besançon et Claude Laroche rapportent 2 observations de tétanie dont l'origine hypo-parathyroïdienne est certaine. Les accidents tétaniques aigus se sont accompagnés de troubles neurologiques : abolition de certains réflexes, parésie des membres inférieurs et, dans un cas, diplopie par parésie de la VIe paire cranienne. Ces troubles ont régressé en partie sous l'influence de la thérapeutique recalcifiante, mais n'ont pas tous disparu, ce qui semble prouver l'existence de lésions nerveuses persistantes. La diplopie a réapparu plusieurs fois à l'occasion d'accidents tétaniques aigus à la suite d'une interruption du traitement recalcifiant.

Syndrome de Cushing. Epilogue. — MM. Robert Clément, J. Delarue, J. Callerot et M[me] Hartmann. Le jeune homme présenté à la Société Médicale le 18 Juin 1943, avec un syndrome de Cushing typique (obésité facio-tronculaire, hypertrichose, faciès coloré, vergetures, hypertension artérielle, polyglobulie, ecchymoses, hypercholestérolémie, ostéoporose et tassement vertébral, atrophie testiculaire et infantilisme), ayant succombé à une tuberculose aiguë, l'autopsie a montré des adénomes cortico-surrénaux bilatéraux, une augmentation du nombre des cellules basophiles du lobe antérieur de l'hypophyse et un tubercule juxta-hypophysaire. Elle ne permet pas de dire si la lésion initiale et primordiale a été cortico-surrénale ou hypophysaire. Elle a confirmé l'atrophie et la sclérose des testicules, la dilatation et l'allongement de l'aorte athéromateuse.

Hirsutisme d'Apert et syndrome de Cushing. — M. Robert Clément et M[me] Hartmann. Les syndromes décrits par Apert en 1910 sous le nom d' « hirsutisme »; par Gallais, en 1912, sous celui de « syndrome génito-surrénal » et par Cushing, en 1932, sous celui de « basophilie hypophysaire », sont cliniquement très voisins. Entre eux, il y a plus d'analogie que de différences. Aucun symptôme n'appartient en propre à l'un d'entre eux; les nuances cliniques ne permettent pas d'affirmer l'origine surrénale ou hypophysaire.

Pratiquement, il faut dans tous les cas d' « obésité hypertrichosique et ostéoporotique » chercher systématiquement une tumeur ou un adénome surrénal ou hypophysaire ou ovarien. Ceux-ci sont surtout mis en évidence par les signes d'accompagnement ou de localisation et la radiographie.

On peut espérer que la radiothérapie ou des interventions précoces sur ces lésions, bien souvent adénomateuses, multiplieront les cas de guérison d'une affection qui, pour n'avoir qu'une évolution lente, n'en est pas moins redoutable.

Les constatations anatomiques disparates faites à l'opération ou à l'autopsie peuvent se concilier par un élément commun : la mise en circulation en quantité exagérée de substances androgènes. Celles-ci proviennent le plus souvent de l'écorce surrénale néoplasique ou adénomateuse ou en hyperactivité secondaire à un adénome ou une tumeur hypophysaire par stimulation hormonale ou neuro-endocrinienne.

Silicose à évolution accélérée. — M. Ameuille relate l'observation d'un prisonnier de guerre qui, en décrépissant des revêtements de silos, contracta une silicose qui se manifesta en quelques mois. Bien que cet homme ait présenté une adénopathie cervicale froide suppurée, il n'existait pas de signes de tuberculose pulmonaire et on ne trouva jamais de bacilles de Koch dans l'expectoration. L'examen radiologique des poumons montrait une silicose indubitable, sans rapports systématiques avec les axes broncho-pulmonaires. Remarquable est ici le bref délai d'apparition des accidents; il s'écoule en général 5 ans avant que les troubles dus à la silicose se montrent dans les mines les plus exposées.

— M. Even soulève la possibilité d'une silicu-tuberculose.

— M. Rist estime que le diagnostic de silicose s'impose radiologiquement, mais qu'une association tuberculeuse peut être envisagée.

La prémunition tuberculeuse par le BCG. — M. Aronsohn expose les recherches systématiques qu'il a poursuivies pendant 5 ans aux Etats-Unis sur le vaccin BCG, en s'entourant de toutes les garanties désirables, et qui lui permettent de conclure formellement à la grande valeur préventive de la vaccination intradermique.

— M. Weill-Hallé est heureux de voir confirmer les résultats qu'il a obtenus lui-même et regrette qu'il ne soit pas fait plus largement usage de cette vaccination dans le pays où elle a pris naissance.

27 Octobre.

Chimiothérapie nouvelle des hyperthyréoses par l'aminothiazol (2921 RP). Justifications expérimentales de la méthode. Premiers résultats cliniques. — MM. Marcel Perrault, D. Bovet et P. Droguet. L'action antithyroïdienne de l'aminothiazol, notée d'abord fortuitement chez les ouvriers travaillant à son extraction, a été vérifiée expérimentalement. Ce produit relativement peu toxique, rapidement détruit par l'organisme, à action antithyroïdienne tout à fait sélective, a été employé en thérapeutique dans la maladie de Basedow. La posologie moyenne est de 0 g. 40 par jour, par cures discontinues, jusqu'à retour du métabolisme basal à la normale. Les résultats obtenus ont toujours été conformes aux prévisions expérimentales : excellents et rapides, en dehors de toute autre action thérapeutique adjuvante. L'exophtalmie et le tremblement sont les symptômes les moins sensibles. Il est encore trop tôt pour juger avec le recul suffisant de la possibilité d'une guérison durable.

Ces résultats rejoignent ceux obtenus par les auteurs anglo-saxons avec la thiourée et ses dérivés, qui paraissent cependant moins actifs et moins maniables que l'aminothiazol. Les corps antithyroïdiens agiraient en empêchant la synthèse de l'hormone thyroïdienne.

L'intérêt de cette nouvelle chimiothérapie, premier exemple d'une action chimique endocrinolytique, dépasse de beaucoup le cadre restreint de la maladie de Basedow en apportant aux chercheurs et aux cliniciens de différentes disciplines la possibilité de freiner ou de suspendre, à volonté, l'activité thyroïdienne de façon simple et mesurable.

Staphylococcie maligne de la face guérie par traitement combiné pénicilline-sulfamide. — MM. P. Harvier, S. Antonelli et C. Albahary présentent l'observation d'un homme de 29 ans qui fit à la suite d'un furoncle de l'aile du nez une

staphylococcie maligne de la face avec thrombo-phlébite des sinus et staphylocoque blanc pathogène dans le sang. Son état, désespéré en apparence, s'améliora assez rapidement sous l'effet d'une cure mixte pénicilline-sulfapyrimidine et de deux séances de radiothérapie. L'hémoculture resta cependant positive un certain temps. On ne put éviter des complications intercurrentes : foyers pleuro-pulmonaires, phlébite du membre inférieur droit, ainsi que deux autres incidents plus particulièrement liés à une lésion pulmonaire antérieure et latente; mais le sujet guérit de sa septicémie.

— M. Cathala a vu le même traitement échouer chez un enfant atteint d'ostéomyélite suivie de péricardite et d'abcès pulmonaire, malgré l'injection directe de pénicilline dans le foyer.

Spondylose rhizomélique, cardiopathie rhumatismale, nodosités de Meynet. — MM. P. Harvier, M. Lamotte et C. Albahary relatent l'observation d'un homme de 21 ans porteur d'une spondylose rhizomélique indiscutable. Le début du processus pathologique remonte à 1942, époque à laquelle le sujet présenta des douleurs articulaires diverses, et lombaires en particulier. Depuis, plusieurs poussées se sont succédé jusqu'à l'état actuel. Récemment on a pu mettre en évidence, en outre, une lésion cardiaque mitro-aortique et des nodules de Meynet dans le voisinage du coude gauche. L'étiologie rhumatismale de cette spondylose ne paraît pas faire de doute chez ce malade, indemne par ailleurs de tout antécédent blennorragique, tuberculeux et infectieux.

Ostéomalacie infantile. — MM. R.-A. Marquézy, Ch. Bach et M[lle] Bach rapportent l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 qui présente, au niveau des membres et du thorax, d'énormes déformations très douloureuses associées à une hypotonie et une atrophie musculaire très accusées. L'examen radiologique infirme le diagnostic de rachitisme dystrophique porté primitivement. Ce qui domine en effet sur les clichés, c'est l'intensité de la décalcification qui atteint tout le squelette, sans aucun signe épiphysaire de rachitisme. A signaler en outre, à côté des fractures typiques occupant tout l'os, des pseudo-fractures simples striées de résorption osseuse ; la phosphorémie est très abaissée. Au point de vue étiologique aucun facteur ne mérite d'être retenu. Du point de vue thérapeutique, l'heureuse influence de la vitamine D (15 mg. pendant 5 mois, soit 180 mg.) s'est très rapidement fait sentir cliniquement et radiologiquement.

Cette observation permet d'étudier les rapports de l'ostéomalacie et du rachitisme, beaucoup d'auteurs considérant en effet l'ostéomalacie comme le rachitisme de l'adulte. En fait, dans le rachitisme dystrophique grave, on peut retrouver la plupart des signes de l'ostéomalacie : déformations et douleurs osseuses importantes, décalcification diffuse du squelette, fractures multiples, hypophosphorémie. L'efficacité de la vitamine D est identique dans les deux affections. Le signe différentiel valable est fourni par l'étude des épiphyses. Toujours intenses et prédominantes dans le rachitisme, les modifications épiphysaires n'existent habituellement pas dans l'ostéomalacie. Sans doute des faits de passage ont pu être signalés et dans cette observation même des modifications épiphysaires, de type rachitique, sont apparues transitoirement lors de l'évolution vers la guérison. Ainsi, il semble qu'on soit autorisé à rapprocher très étroitement ostéomalacie et rachitisme. Mais s'il ne s'agit que d'un même processus dont l'intensité varierait suivant les cas, il n'en reste pas moins difficile d'expliquer la rareté extrême de l'ostéomalacie à un âge où le rachitisme est si fréquent.

— M. Cathala range dans le même cadre rachitisme et ostéomalacie.

— M. R. Clément fait remarquer qu'il existe des formes de passage entre deux affections.

P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

28 Octobre 1944.

Sur les relations existant entre structure antigénique et virulence des bactéries. Faits nouveaux et conséquences. — MM. A. Boivin et A. Delaunay concluent que la présence d'antigène somatique (antigène O), chez une bactérie pathogène, est une condition nécessaire pour la virulence du germe, mais que le degré atteint par cette virulence dépend de facteurs étrangers à la structure antigénique. Entrent vraisemblablement en cause la capacité intrinsèque de multiplication du germe dans les conditions chimiques particulières que lui offre le milieu intérieur de l'hôte et le pouvoir de résistance de ce même germe aux défenses phagocytaires. Il est bien vraisemblable que les tests de résistance à la phagocytose *in vitro* et plus encore que les tests de multiplication en milieux artificiels ne peuvent guère renseigner de façon vraiment fidèle sur ce qui se passe *in vivo*.

La novocaïne antagoniste de l'hordénine. — MM. R. Hazard et M[lle] E. Corteggiani. L'hordénine, comme la nicotine et la lobéline, voit ses effets sur la pression artérielle, le rein, l'intestin et la respiration diminués ou supprimés par la novocaïne.

Note d'hygiène nutritionnelle: modifications de poids apportées par la cuisson aux aliments. — M. Hugues Gounelle. Dans les études nutritionnelles cliniques ou de collectivités, lorsqu'il s'agit de calculer avec précision les ingesta une grosse marge d'erreur réside souvent dans le fait que les pesées concernent des aliments cuits, dont on ne sait pas exactement à quel poids ils correspondaient initialement à l'état cru.

Or, les tables alimentaires n'en donnent, en général, que la composition centésimale (protides, vitamines, etc.) des aliments crus.

Aussi pour déterminer la valeur alimentaire des ingesta cuits, l'auteur a-t-il commencé à établir une table des modifications de poids apportées par la cuisson aux aliments et il en apporte les premiers résultats.

Dégradation de l'hémoglobine sous l'influence de broyats ou d'extraits de rate et de foie. — MM. H. Bénard, A. Gadjos, M. Polonovski et M[lle] Marg. Timis faisant agir de la pulpe splénique sur une solution d'hémoglobine tamponnée à pH 7,6 obtiennent, avec la rate de cobaye, la rate de chien et des rates humaines prélevées opératoirement, la formation de choléglobine, substance caractérisée spectroscopiquement après action de l'hydrosulfite de sodium et de l'oxyde de carbone par une bande dans le rouge autour de $\lambda = 630$ μ.

Avec la pulpe de foie, le résultat est différent et c'est de la sulfhémoglobine qui prend naissance, donnant après adjonction d'hydrosulfite de sodium et d'oxyde de carbone une bande dans le rouge entre $\lambda = 610$ et $\lambda = 620$ μ.

Les extraits glycérolés de rate ou de foie, soumis à une centrifugation prolongée, donnent respectivement les mêmes produits de transformation de l'hémoglobine que les pulpes correspondants.

Relations entre polynucléaires et macrophages dans l'inflammation. — M. A. Delaunay et M[lle] J. Pagès.

Election. — M. Delarue est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

11 Mai 1944.

Deux cas de « molluscum contagiosum » à type tumoral. — MM. Touraine et Guéniot montrent, à propos de 2 cas, que la rare forme tumorale, polypoïde, charnue, non ombiliquée, peut s'observer même au cours d'éruptions localisées et discrètes.

Urticaire pigmentaire à une seule poussée. — MM. Touraine et Guex signalent cette rare éventualité chez une fille de 5 ans dont la seule poussée, très intense, a eu lieu à l'âge de 5 semaines.

Pachydermie plicaturée, cylindrome et nævus cérébriforme du cuir chevelu. — M. Touraine signale la confusion souvent commise entre ces 3 applications et rappelle leurs caractères distinctifs.

Les nævi : hérédité ou induction ? — M. Touraine pense, comme beaucoup, que les nævi ne sont pas héréditaires. Il voit en eux le résultat d'un trouble de l'induction et l'application des notions dues, en biologie, aux travaux de Spemann et de son école. La diminution ou l'arrêt de l'induction détermine les nævi hypo- ou aplasiques; de son hyperactivité dérivent les nombreux nævi hyperplasiques, simples ou mixtes selon que la dysinduction atteint des cellules définitivement ou incomplètement différenciées.

Etiologie des périonyxis. — MM. Desaux et Pretet rapportent un cas de périonyxis provoqué par l'association colibacilles-staphylocoques et guéri par des applications de bouillon vaccin.

Granulome annulaire atypique. — MM. Gougerot, Carteaud et Duperrat présentent une femme atteinte de granulome à petits nodules non annulaire.

Pityriasis cachecticorum. — MM. Gougerot et Paraf présentent un vieillard cachectique dont la peau rouge et squameuse réalise le type décrit par les anciens auteurs sous le nom de *Pityriasis cachecticorum*.

Histiolymphoblastosarcome cutané. — MM. Gougerot, Duperrat et Paraf présentent une femme atteinte de tumeurs de la face interne de la cuisse et de la malléole interne, associées à une atrophie des mains en gant.

Erythrodermies et sulfamidothérapie. — MM. Gougerot, Lesaurd et Paraf rapportent un cas d'échec de la sulfamidothérapie préventive chez une syphilitique traitée par le novar et présentant un prurit d'alarme; on cesse le novar et on donne des sulfamides qui n'empêchent pas l'érythrodermie de se produire et qui n'influencent pas son évolution.

Ces auteurs ont observé en 1 an 6 érythrodermies arsénicales et 1 aurique ; ils ont noté après sulfamidothérapie 5 échecs, 1 cas mortel et 1 cas douteux.

— M. Tarlais rapporte une érythrodermie arsénicale guérie après sulfamidothérapie.

Maladie Dühring-Brocq avec lésions oculaires. — MM. Weissenbach, Parfonry et Giraud présentent une femme de 64 ans atteinte de maladie de Dühring avec bulles sur les muqueuses buccale, vulvaire, laryngée et oculaire, celles-ci ayant entraîné la cécité complète (pemphigus oculaire).

Chez un homme de 37 ans, atteint de maladie de Dühring, les lésions oculaires revêtirent le type d'épisclérite non bulleuse.

Lésions papuleuses nigricantes généralisées. — MM. Fernet, Collart et Deniziaut présentent une femme traitée par le novar pour syphilis récente et qui, après une érythrodermie avec lésions ecthymateuses, présenta sur la face et le corps des plaques noirâtres papuleuses, qui semblent devoir être rattachées à des pyodermites végétantes.

Syphilis secondaire insuffisamment traitée. — MM. Périn et Payenneville ont observé une femme, ancienne syphilitique secondaire, traitée régulièrement durant 5 mois; le traitement fut alors arrêté et une récidive sérologique apparut.

— MM. Périn et Lafontaine rapportent un autre cas de syphilis secondaire demeurée contagieuse après 6 mois de traitement insuffisant.

La Société de Dermatologie émet à nouveau le vœu que les médecins traitent la syphilis récente d'une façon intensive et prolongée.

Dermites médicamenteuses. — MM. Jaulia, Fallat, Pelletier et Arné ont observé des dermites médicamenteuses après applications locales de poudres de sulfamides.

Pseudo-chancre médicamenteux. — M. Lecoulant a observé une lésion à type d'accident primitif de la verge survenue après application d'une poudre médicamenteuse, combinaison de triformol, glycérine et d'oxyméthylène sulfocarbamide.

Erythroplasie. — M. Lecoulant a constaté une vaste érythroplasie en selle des muqueuses ano-vulvaires et de la peau des régions voisines : mont de Vénus, face interne des cuisses, marge de l'anus, pli interfessier.

Chancre syphilitique du dos. — M. Karatchentzeff présente une femme atteinte d'un chancre syphilitique du dos, pris d'abord pour un furoncle; le mode de contamination semble être un baiser.

Statistique vénérienne. — MM. Vernier et Maspoli ont observé en 1943, à Versailles, 40 syphilis récentes contre 25 en 1942.

Mélanose de Riehl. — M. Bolgert rapporte 3 cas de mélanose de Riehl très améliorés par une thérapeutique intestinale.

Traitement de la paralysie générale. — M. Bazex insiste sur l'utilité d'associer dans certains cas un traitement bismuthique au traitement arsénical de la paralysie générale.

Syphilis et grossesse. — MM. Gouin et Soukin ont observé un accouchement prématuré à 6 mois 1/2 après 1 an 1/2 de traitement antisyphilitique correct, confirmé par la leucoréaction ; mais la réaction de la mère n'est pas obligatoirement celle de l'enfant qu'elle porte et on ne peut savoir si le médicament donné à la mère et éprouvé au test leucocytaire convient à l'enfant.

Traitement de la syphilis récente par le fontarsol. — MM. Durel et Guillemin sur 100 cas traités par leur posologie ont obtenu la disparition du tréponème en 1 ou 2 jours et la disparition des lésions aussi rapidement qu'avec le novar. Le Wassermann n'est pas toujours négativé en fin de série, qui ne dure que 20 jours, mais il devient négatif dans les délais normaux. 42 malades eurent des incidents (douleur le long de la veine, choc dentaire, troubles digestifs), mais sans gravité ; le traitement fut arrêté 4 fois.

Lupus érythémateux. — MM. Weissenbach, Martineau et Giraud rapportent un cas de lupus érythémateux à type verpertilo avec albuminurie.

Dermato-myosite. — MM. Sézary, Bolgert et Sénécal présentent une femme atteinte de larges placards atrophiques de la peau et de myalgies, une atrophie intense des muscles des racines des membres et impotence fonctionnelle marquée. Pas de signe de névrite. La biopsie montre des lésions dégénératives et nécrotiques des muscles avec infiltrat de pigment ferrique. Les lésions cutanées anciennes prennent le type soit de la poïkilodermie, soit du lupus érythémateux.

Formule monocytaire du pus d'une adénite survenue au cours d'une réticulose cutanée. — MM. Sézary, Bolgert et Sénécal, chez une malade atteinte d'une réticulose simulant le lupus érythémateux, ont vu survenir, au cours du traitement par les rayons X, une adénopathie d'allure froide dont le pus contenait des cellules du type histiocytaire. Guérison en 8 jours. Le pus n'a pas tuberculisé le cobaye.

Syphilides papuleuses avec infiltrat épithélioïde nodulaire rappelant celui de la maladie de Schaumann. — MM. Sézary, Bolgert et Durand ont trouvé, à la biopsie d'une syphilide papuleuse, un infiltrat nodulaire rappelant celui de la maladie de Schaumann, à limites généralement nettes. Cependant, les cellules épithélioïdes sont mêlées de lymphocytes et de quelques plasmocytes : l'ordination est donc différente. Mais cet aspect a été signalé aussi dans la maladie de Schaumann. Les données cliniques sont indispensables pour le diagnostic.

Immunité dans la syphilis expérimentale et granule spirochétogène. — MM. Gastinel, Collart, Mollinedo et Pulvenis montrent qu'un traitement arsénical intensif entraîne la disparition du granule spirochétogène dans le ganglion, alors que celui-ci y est présent de façon constante et très hâtive, en contraste avec la très rare présence de *Treponema pallidum* dans ce même ganglion. Or, de tels animaux ainsi stérilisés demeurent réfractaires à la réinoculation. On ne peut donc invoquer pour expliquer cette immunité la persistance dans le ganglion ni de *Treponema pallidum* ni du granule si régulièrement retrouvé avant la thérapeutique arsénicale.

Comparaison du traitement stérilisant et substérilisant dans les résultats des recherches du granule spirochétogène dans les ganglions lymphatiques. — MM. Gastinel, Collart, Mollinedo et Pulvenis comparent les résultats obtenus en traitant les animaux d'une façon stérilisante ou seulement par un traitement substérilisant. Au terme de celui-ci, les ganglions demeurent encore porteurs du granule spirochétogène recherché et imprégné selon la technique de Séguin. Ainsi présence ou absence du spirochétogène apparaît comme un critère de valeur pour apprécier l'action thérapeutique.

Processus bulleux déclenchés par un antihistaminique de synthèse. — MM. Jausion, Tête et Carlier ont vu, chez un sujet atteint d'épidermolyse bulleuse, à poussées verno-estivales, des phlyctènes surgir après chaque traitement buccal et parentéral par le 2339 RP.; qui parut également susciter un zona lombo-abdominal intercurrent.

A propos d'un cas d'eczéma solaire. Echec d'un antihistaminique et succès de l'auto-aura-thérapie. — MM. Jausion, Calop et Carlier n'ont pu, chez une patiente rebelle aux antihistaminiques, aux antiphotocatalyseurs et à la vitamine PP, entraver les paroxysmes d'un eczéma solaire, sans porphyrinurie, que par la seule auto-ouro-thérapie.

L'antagonisme des pyocoques et des mycètes. — M. Jausion et M[lle] G. Boissard prennent acte des faits nombreux de bactériostase par la pénicilline, la corylophiline, ou d'autres mycoïnes, et d'arguments expérimentaux qui leur sont personnels pour plaider à nouveau l'antagonisme des microbes et des mycètes.

La glutathionémie dans le psoriasis. — MM. Bolgert et Durand.

Pemphigus bulleux hémorragique ; guérison. — M. Petges.

Réinfection syphilitique. — M. Petges.

Trois cas de maladie de Fox-Fordyce. — M. Petges.

Hidradénomes des paupières inférieures et hidradénomes éruptifs du thorax. — M. Pailheret.

Maladie de Besnier-Bœck. — MM. Tarlais et Maugneau.

Whit spot disease. — MM. Tarlais et Maugneau.

R. Burnier.

SOCIÉTÉ D'ENDOCRINOLOGIE

25 Mai 1944.

Les critères endométriaux de l'action progestinique chez la femme ovariectomisée. — M. J. Ferin. L'apparition de glycogène ou de mucus dans la muqueuse utérine est d'origine progestinique quand elle est massive; un traitement œstrogène peut en faire apparaître, mais en petite quantité. La présence de pelotons artériels nécessite l'action combinée des deux hormones. L'auteur n'a pu reproduire d'épines conjonctives

même avec de fortes doses de progestérone. Par contre, il a obtenu une décidualisation analogue à celle de la grossesse débutante.

Les cycles dits anovulaires et les follicules plissés de l'ovaire féminin. — M. G. Dubreuil s'élève contre l'expression « cycles anovulaires ». Il pense que, dans la plupart des cas, ces cycles sont accompagnés d'ovulation mais non pas de formation de corps jaunes. Ils sont ovulaires mais « aprogestatifs » et inefficaces quant à la gestation. Ils conduisent à des follicules plissés, de grande taille, manifestement rompus et comportant une granulosa, une thèque externe et interne et une cavité étroite très compliquée.

Les signes cliniques de l'activité lutéinique. — M. R. Palmer estime que l'on peut diagnostiquer de façon assez satisfaisante l'activité lutéinique en étudiant conjointement la courbe des températures rectales du matin au réveil et les caractères de la glaire cervicale au cours du cycle. En effet la folliculine est hypothermisante, alors que la progestérone est hyperthermisante. La folliculine fait sécréter au col une glaire filante, alors que la progestérone inhibe cette action. Un plateau prémenstruel d'hyperthermie relative à 37°1 ou 2 d'une durée de 10 à 14 jours, associé à une disparition de la glaire filante du 12e au 10e jour avant les règles correspond toujours à une biopsie endométriale prémenstruelle normale. L'auteur iodique les modalités de la température et de la glaire dans les menstruations alutéales, les insuffisances lutéiniques, les aménorrhées avec ou sans sécrétion folliculinique, la gestation et la pseudo-gestation.

Mèche basedowienne congénitale et familiale et hyperthyroïdisme expérimental. — M. P. Sainton présente un cas de mèche basedowienne congénitale et basedowienne, chez une femme ayant une hérédité hyperthyroïdienne directe maternelle et une hérédité collatérale de mèche basedowienne. L'auteur confronte ces faits cliniques avec les expériences dans lesquelles il a réalisé, avec Simonnet, chez les gallinacés l'hérédité du blanchiment des plumes. Il montre l'intérêt que de tels faits apportent à la génétique comparé.

— M. Jacques Decourt fait remarquer que la canitie localisée est très rare chez les basedowiens, tandis qu'elle peut exister et se transmettre héréditairement en dehors de toute hyperthyroïdie. Il devient très difficile, dans ces derniers cas, de lui imputer une origine hormonale. Elle rentre alors dans le cadre des syndromes para-endocriniens constitutionnels tracé par l'auteur.

Traitement des endométriomes par l'hormone mâle. — M. P. Moulonguet rapporte 7 observations d'endométriomes traités avec succès par l'hormone mâle. Le traitement d'attaque comporte des doses quotidiennes de 15 à 25 mg. par jour ; le traitement d'entretien des doses de 100 à 150 mg. par mois. Les résultats sont excellents sur les douleurs et les ménorragies. Le seul inconvénient est dans la répétition nécessaire du traitement.

Trois cas de nanisme traités par les hormones hypophysoires. — MM. H. Stévenin et A. Feder. Trois jeunes gens, âgés de 16 à 17 ans et présentant tous trois un infantilo-nanisme, avec taille stationnaire depuis plusieurs années, ont été traités par l'hormone hypophysaire de croissance, associée à l'hormone gonadotrope, pendant 2 ans. L'augmentation de taille a été importante (23 *cm.*, 20 *cm.*, 11 *cm.* 5) et s'est poursuivie après l'arrêt des injections.

Dans un cas, il existait un syndrome adiposo-génital discret; dans les 2 autres, à part une réaction d'Aron diminuée, rien ne permettait *a priori* d'affirmer l'origine hypophysaire du retard de croissance. L'hormone somatotrope mérite d'être essayée systématiquement dans de telles circonstances, en particulier lorsque le nanisme s'accompagne d'infantilisme. Son emploi peut être prolongé longtemps sans inconvénient.

— M. Jacques Decourt estime qu'il faut être très prudent dans l'interprétation des résultats thérapeutiques. Certains sujets, retardés dans leur développement statural et sexuel, voient celui-ci s'effectuer spontanément avec un retard de quelques années. C'est à 15 ou 16 ans que se fait leur poussée de croissance prépubertaire, suivie de l'apparition plus ou moins parfaite des caractères sexuels secondaires. Chez l'un des sujets présentés la croissance s'est poursuivie bien après la cessation des injections d'hormones, ce qui est peu favorable à l'action exclusive de celles-ci, l'hypothèse d'une stimulation de l'hypophyse par l'opothérapie semblant peu vraisemblable.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

18 Mars 1944.

La pénicilline dans quelques cas d'infections oculoires. — M. Dubois-Poulsen. La pénicilline est une substance extraite d'une moisissure *Penicillium notatum* Westling (souche Fleming). Elle est douée d'une grande activité antibactérienne. L'auteur l'a expérimentée avec succès sur des affections à staphylocoques dorés (orgeolets, suppurations palpébrales, accidents infectieux graves après opération de cataracte, périostite du rebord orbitaire), sur des affections pneumococciques (conjonctivites, ulcères infectieux de la cornée) et sur des affections diverses parmi lesquelles figure une kérato-conjonctivite phlycténulaire avec impétigo. Les résultats furent obtenus avec des quantités minimes de produit utilisées en instillations, en injections sous-conjonctivales et une fois en injections sous-cutanées. Les délais de guérison furent courts. La pénicilline paraît être le produit le plus actif actuellement connu contre le staphylocoque. Très polyvalente, sa gamme d'action convient particulièrement bien à l'ophtalmologie.

— M. Dollfus a pu essayer la pénicilline dans 2 cas : Le 1er concernait chez un homme de 64 ans un œil sympathisé atteint au cours d'une rechute de l'évolution pathologique d'un ulcère cornéen limbique avec infiltration cornéenne et hypopion.

L'injection sous-conjonctivale de 3/4 de *cm*³ de pénicilline et l'instillation sur l'ulcère de 1/4 de *cm*³ ont atténué les douleurs du malade mais n'ont pas amélioré l'état oculaire.

Le 2e cas est une femme de 70 ans atteinte d'infection oculaire au décours d'une opération de cataracte : le seul résultat acquis est la transformation de l'hypopion en hyphéma.

Si les effets de la pénicilline dans ces 2 observations ne sont guère encourageants, cela tient sans doute au fait qu'il s'agit de sujets âgés et d'œil très atteint du point de vue trophique et les expériences doivent être poursuivies.

Les injections sous-conjonctivales de sulfamido-thiourée dans les infections graves du globe oculaire. — MM. G. Renard et A. Lelièvre rapportent 9 observations d'infections graves : kératites à hypopionnites avec exsudats de la chambre antérieure, infections sur des yeux opérés traités par des injections sous-conjonctivales de solufontamide ou par des instillations de ce produit. Ils en soulignent les excellents résultats et précisent les modalités du traitement.

Considérations sur la recrudescence actuelle du spasme de l'accommodation chez l'enfant. — M. Nectoux, en 1938, avait examiné 308 enfants de 6 à 15 ans pour des troubles de la réfraction. En 1943, il y en comptait 548 et les spasmes de l'accommodation s'y montraient nombreux, prouvés par la disparition du trouble par instillations répétées d'atropine et l'écart entre la réfraction avant l'instillation et la réfraction après. La proportion de ces accidents, de 3,5 pour 100 en 1938, est passée à 10 pour 100 en 1943. Ils relèvent de la carence alimentaire et du déséquilibre et cèdent bien par apport d'éléments de remplacement. Plus répandus chez les filles que chez les garçons, ils indiquent toujours un fléchissement de l'état général. Aux instillations d'atropine, il faut associer une correction optique très exacte, en évitant les verres concaves. Il y a tout lieu de penser que ce fléchissement organique, loin de provoquer un spasme, détermine au contraire une paralysie de la portion du muscle ciliaire destinée à la vision éloignée.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

20 Avril 1944.

Traitement des dépôts calciques sous-deltoïdiens par l'infiltration novocaïnique. — MM. Pollosson et Arnulf. Excellent résultat obtenu par une série d'infiltrations du ganglion stellaire et du plexus brachial dans un cas très douloureux, durant depuis plusieurs mois.

Des ictères survenant après cholécystectomie. — MM. Mallet-Guy et Pierre Marion. 13 réinterventions pour angiocholite tardive après cholécystectomie. Mis à part le calcul oublié ou une faute d'exécution (néovésicule calculeuse infectée, rétrécissement traumatique post-opératoire) nombreux sont les ictères par spasme du sphincter d'Oddi (9 observations). Quelle qu'en soit la cause l'évolution est grave, souvent au-dessus des ressources du traitement médical par les tubages. Cliniquement, le diagnostic étiologique est souvent impossible; il sera fait par les constatations opératoires et la radiomanométrie en cours d'intervention. Lorsque le spasme est accompagné d'une grosse dilatation du cholédoque, la cholédoco-duodénostomie peut être employée avantageusement.

Diaphysectomie fémorale pour ostéomyélite aiguë à localisations multiples. — MM. Convert et Ballivet (Bourg). M. Tavernier, rapporteur. Fillette de 11 ans, ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur avec état infectieux grave, fusées purulentes, incisions. Foyers secondaires à l'humérus et à un métatarsien, ouverts spontanément. Deux mois après le début l'état général décline, grosses lésions évolutives de l'extrémité inférieure du fémur. Diaphysectomie de l'extrémité inférieure. Guérison 1 an après. Régénération osseuse complète, mais résultat orthopédique médiocre (raccourcissement de 4 *cm.*, raideur de la hanche et du genou).

Quatre cos de péritonites biliaires sans perforation vésiculoire. — MM. Labry et Arnulf. Dans tous les cas fut constatée une grosse vésicule inflammatoire et distendue. Deux fois, la transsudation biliaire fut observée au niveau du bassinet où les lésions pariétales étaient au maximum. Deux cholécystostomies ont donné 2 guérisons; 2 cholécystectomies n'ont pas empêché l'évolution vers la péritonite mortelle. Dans un cas le lipiodol post-opératoire n'a montré d'obstacle ni sur le cystique, ni sur la voie biliaire principale.

27 Avril.

Intervention pour goitre ectopique médiastinal. Ligature du tronc artériel brachio-céphalique. — MM. Peycelon, Geay et Jaubert de Beaujeu. Difficultés opératoires considérables au cours de l'extirpation d'un goitre ectopique vrai coexistant avec un goitre cervical, en raison d'une part de la situation de la tumeur dans le médiastin postérieur en arrière de la carotide interne droite et de l'œsophage et, d'autre part, d'adhérences péri-tumorales très serrées, car il s'agissait d'une intervention itérative, un chirurgien n'ayant pas réussi à enlever la tumeur 8 ans auparavant. Déchirure de la bifurcation du tronc artériel brachio-céphalique. Tamponnement. Résection du tiers interne de la clavicule. Ligature du tronc brachio-céphalique et, en aval, de la carotide primitive et de la sous-clavière. Suites simples. Pas de troubles oculaires. Pas de troubles circulatoires dans le bras.

L'arthrodèse dans la coxalgie en évolution. — M. Tavernier. Statistique intégrale : 18 cas, pas de mortalité. 2 échecs chez un jeune homme de 18 ans et chez une fillette de 12 ans, l'arthrodèse n'ayant pas arrêté l'évolution de la maladie. 16 cas favorables (7 enfants de 9 à 15 ans et 9 adultes). La durée normale du traitement a été en moyenne de 6 mois : 3 mois d'immobilisation plâtrée au lit, suivis de 3 mois de marche avec culotte plâtrée.

La pseudarthrose du greffon (4 cas) ne retarde pas d'une façon importante la consolidation, à condition de réintervenir. La fracture du greffon est quelquefois très longue à se consolider. La tuberculisation du greffon (2 cas guéris l'un après 11 mois, l'autre après 14 mois) est moins catastrophique qu'on pourrait le supposer. Pour éviter la pseudarthrose il faut placer des greffons tibiaux en « V » ou rabattre un large volet iliaque. L'arthrodèse doit rester, ici, une opération d'exception, réservée aux cas à bon état général sans fièvre, sans abcès dans la région opératoire, mais peut être employé avantageusement aussi bien chez le grand enfant que chez l'adulte.

Inondation péritonéale aiguë chez une enfant en cours d'évolution d'un cancer du rein. — M. Dargent. M. Santy, rapporteur. Douleurs iliaques droites pendant 8 jours, simulant une crise discrète d'appendicite, puis drame abdominal avec contracture généralisée et ecchymose de la dimension d'une pièce de 1 franc à droite et au-dessous de l'ombilic. Sang dans le ventre dû à la rupture d'une grosse veine située sur la face antérieure d'une tumeur maligne du rein droit (métanéphrome).

Traitement non sanglant des fractures de l'astragale. — MM. Rochet, Lanier et Duroux. Avant de se résoudre à l'astragalectomie on devrait toujours essayer le traitement orthopédique. A l'appui de cette thèse, les auteurs rapportent 2 bons résultats anatomiques et fonctionnels datant l'un de 7 mois, l'autre de 8 mois, obtenus par simple réduction manuelle. Dans un cas, fracture du col de l'astragale, réduction et contention plâtrée en équinisme; plâtres successifs ramenant le pied à 90°. Dans l'autre cas, fracture transversale du corps de l'astragale avec subluxation du pied en avant. Réduction et contention en hyperflexion. Durée d'immobilisation : 2 mois 1/2.

Deux observations de tumeurs kystiques du ligament triangulaire opérées et guéries. — MM. Santy et Bérard. Les complications évolutives de ces kystes (troubles de compression, toux d'irritation, actélectasie, dyspnée, tachycardie paroxystique, complications infectieuses, dégénérescence néoplasique survenant dans 10 pour 100 des cas d'après Hedblom) justifient leur exérèse. Le pneumothorax préopératoire permettra de mieux préciser la situation de la tumeur et ses adhérences. Dans une observation l'exérèse se déroula sans incident car le kyste n'adhérait que faiblement au lobe inférieur. Dans l'autre, au contraire, les adhérences avec le pédicule lobaire inférieur étaient tellement serrées qu'une lobectomie complémentaire fut nécessaire. Dans les 2 cas les suites furent simples et les résultats éloignés excellents. Histologiquement il s'agissait de dysembryomes du type bronchogénique qui peuvent être opposés aux tératomes vrais.

Gros kyste pararénal chez un nourrisson, néphrectomie, guérison. — M. Bruyère (de Gap). M. Soustelle, rapporteur. Grosse tumeur rénale à développement abdominal, sans autre symptôme, chez un nourrisson de 7 mois. Néphrectomie par voie antérieure de Bazy. Gros kyste uniloculaire contenant un litre de liquide citrin, accolé au bassinet mais ne communiquant pas avec ce dernier qui est distendu. Rein polykystique. Tissu rénal aplasié. Syndrome pâleur-hyperthermie surmonté de justesse (adrénaline, lavements froids, sérum).

PIERRE MARION.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

21 Mars 1944.

A propos d'un cos anormal de pleurésie purulente à pneumocoques. — MM. B. Muller et E. Messin (Saint-Etienne). Observation d'un homme de 69 ans qui présente un pyo-pneumothorax à pneumocoques évoluant en quelques mois vers la guérison complète sans la moindre réaction thermique et sans l'aide d'une intervention chirurgicale. Un des films pratiqués montra des géodes avec niveau liquide du lobe inférieur. Il convient de les rattacher à une suppuration pulmonaire étant donné leur effacement rapide et l'impossibilité de mettre en évidence le bacille de Koch dans l'expectoration.

Modifications radiologiques de la silhouette du cœur d'un addisonien traité par l'implantation de désoxycorticostérone. — MM. F. Paliard et M. Plauchu. 5 mois après l'inclusion de 250 mg. de cortine de synthèse, découverte radiologique d'une énorme ombre cardiaque permettant de discuter la péricardite. Diminution en 15 jours par le simple régime déchloruré, la tension artérielle ne dépasse jamais 13,5/8. Ne pas chlorurer de façon excessive les addisoniens greffés.

A propos des difficultés de diagnostic des grandes cavités aériennes intra-thoraciques : kyste géant ou pneumothorax. — MM. Paliard, Plauchu et M. Bérard. Grande cavité aérienne de l'hémi-thorax gauche avec hernie médiastinale. Présence de poumon au sommet et à l'extrême base. Infantilisme hérédo-syphilis. Impression de kyste géant. Ponction de la cavité sans incident. Le lipiodol injecté dans la cavité s'accumule dans le cul-de-sac pleural. L'endoscopie fut celle d'un pneumothorax, les 2 derniers examens permirent un diagnostic certain de pneumothorax.

Un cas de hernie diaphragmatique de l'estomac avec symptômes alternés de réduction et d'engouement de la hernie réalisant une biloculation gastrique sous-diaphragmatique. — MM. M. Levrat et E.-P. Naudin. Observation d'une malade atteinte de hernie diaphragmatique de l'estomac. Cette hernie réductible à certains moments réalisait à d'autres un blocage gastrique par biloculation gastrique sous-diaphragmatique.

Sur l'influence de 2 grossesses successives dans la production d'hématémèses au cours d'une splénomégalie chronique. — MM. B. Muller et R. Michelland.

Un cas d'ectodermose. — M. Charleux (Annemasse).

Les adénopathies médiastinales tardives. — M. J. Brun.

28 Mars.

L'histaminémie au cours des fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, érysipèle. — MM. M. Chambon, A. Guichard, L. Gallavardin, Berthier et Pozzi. Au cours de l'évolution de la rougeole, de la scarlatine et de l'érysipèle, on assiste à une brusque augmentation de l'histamine du sang à la fin de l'éruption et surtout après la disparition de celle-ci.

Trois cas de fracture de la colonne au cours d'électro-choc. — MM. Lépine, Bourrat, R. Gallavardin, E. Jeune et Martin. 3 observations : dans l'une il s'agit d'une ostéomalacie certaine; dans les 2 autres, ce sont des sujets à musculature extrêmement puissante. Les 2 facteurs peuvent intervenir.

Méningo-encéphalite streptococcique guérie par le 2632 RP. — MM. A. Guichard, Léon Gallavardin et Pellerat.

Etude critique de l'action de certains laxatifs. — MM. Delore, Chapuy et Thévenet.

Consommation hospitalière de laxatifs depuis 40 ans. — MM. P. Delore, Chapuy et Thévenet.

La régression spontanée du diabète insipide. — MM. P. Delore, Chapuy et Bonnet-Eymard.

Observation anatomo-clinique de phtisie pulmonaire subaiguë syphilitique. — MM. Vachon, Riondet, Picot et M. Revol.

G. DESPIERRES.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

L'intérêt de la position de Trendelenburg dans le diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale

Le diagnostic de l'occlusion intestinale a fait ces dernières années, grâce à la radiologie d'urgence, des progrès considérables dont le bilan a été dressé dans l'importante monographie de MM. Mondor, Porcher et Olivier.

Il faut bien reconnaître néanmoins que les clichés tirés sur le malade assis ou debout, de face ou de profil, renseignent surtout sur le retentissement à distance de l'arrêt du transit intestinal; niveaux liquides étagés, bulles gazeuses, opacités et hyperclartés témoignent — tout comme les constatations cliniques de distension abdominale, de météorisme, de péristaltisme — du *retentissement pathologique en amont* de l'obstacle.

A ce syndrome sus-lésionnel s'ajoute parfois, dans le cas de lésion colique, la traduction radiologique de l'obstacle obtenue par l'administration d'un lavement baryté.

Dans les occlusions du grêle, il est par contre exceptionnel, sauf le cas d'iléus biliaire, que l'on obtienne une image directe de l'obstacle. On ne saurait, en effet, avoir recours à l'administration *per os* d'un index opaque qui dessinerait le point d'interruption du transit intestinal, car la manœuvre n'est pas toujours dépourvue de risques et entraînerait une perte de temps souvent préjudiciable.

C'est pour mieux apprécier radiologiquement, sans perte de temps ni ingestion intempestive, les lésions proches de l'obstacle intestinal que nous avons proposé la radiographie de l'abdomen en position de Trendelenburg. En effet, sur les clichés de l'abdomen pris en orthostatisme, trop souvent l'hypogastre et les fosses iliaques apparaissent opaques ou le siège de niveaux liquides superposés. La chose est d'explication aisée : les anses distendues, alourdies par leur contenu liquide, tombent dans le fond du bassin, donnant à la radiographie une opacité surmontée d'une série de niveaux liquides dont la superposition rend l'interprétation difficile sinon impossible. L'opacité peut encore être accrue du fait d'un épanchement intra-péritonéal surajouté, gênant, même s'il est peu abondant, du fait qu'il se collecte dans les zones déclives. C'est en particulier le cas des occlusions avec syndrome radiologique de fausse ascite dont Monlonguet déclare que l'interprétation est fort difficile, la radiographie ne montrant, en pareil cas, que quelques bulles gazeuses discrètes, de grandes opacités et le refoulement du côlon transverse dans l'épigastre.

La solution, dans ces cas difficiles, nous paraît pouvoir être fournie par la radiographie en position de Trendelenburg qui vise à supprimer ces causes d'erreur, à obtenir un renversement des images, à dessiner en clair le segment intestinal situé immédiatement en amont de la strangulation.

Deux éventualités sont à envisager, au cas d'*iléus du grêle*, celui dont le diagnostic doit tirer les plus grands avantages de cette nouvelle modalité d'examen.

Dans l'iléus par strangulation, l'anse occluse amarrée à la paroi ou aux organes pelviens par la bride responsable ne participe pas au glissement du grêle vers le diaphragme qu'entraîne la mise en Trendelenburg, se vide de son contenu liquidien et s'injecte de gaz; dans le cas d'iléus par obturation, la position déclive entraîne la chute vers la coupole diaphragmatique de l'intestin sus-jacent à l'obstacle, alourdi par le liquide, cependant que l'anse occluse distendue par le gaz, que sa force ascensionnelle a substitué au liquide de stase et d'hypersécrétion, apparaît comme particulièrement transparente avec un arrêt net au niveau de l'obstacle.

Du point de vue technique, l'idéal serait de pratiquer l'examen la tête en bas, ce qui permettrait l'obtention de clichés particulièrement évocateurs et sur lesquels on retrouverait sous le diaphragme et le foie les niveaux liquides auxquels nous a habitué la lecture des radiographies prises en station verticale. En fait, nous avons dû nous contenter de la position de Trendelenburg, la bascule ne dépassant pas 30° à 45°, en raison de la difficulté d'arrimage du patient. Les rayons frappant perpendiculairement le sujet basculé, l'obliquité du rayon normal explique la disparition sur le film des niveaux liquides.

La lecture des clichés ainsi obtenus demande évidemment un certain entraînement, d'ailleurs facile à acquérir; le chirurgien doit transposer les ombres et clartés sur le sujet tel qu'il se présente en position opératoire, se rappelant que les anses alourdies par le liquide d'hypersécrétion ont tendance à filer vers le diaphragme cependant que reste amarrée ou flottante l'anse occluse, suivant qu'il s'agit de strangulation ou d'obturation.

La position de Trendelenburg — adoptée sans inconvénient au cours de l'intervention curative — ne présente, nous semble-t-il, qu'une seule contre-indication, l'occlusion inflammatoire fébrile, où l'on soupçonne cliniquement l'existence d'une collection purulente qu'il n'est peut-être pas sans danger de soumettre à un brassage intempestif. C'est cette même restriction que l'on apporte à la bascule du malade dans les interventions pour péritonites.

Nous ne saurions reproduire ici, faute de place, l'ensemble des documents que nous possédons sur cette modalité d'examen radiologique et nous nous bornerons à quelques exemples :

Une femme de 84 ans est admise pour des douleurs abdominales dont le début s'est fait brusquement dans la fosse iliaque droite, quatre jours auparavant. Vomissements, arrêt des matières et des gaz. Signes physiques d'occlusion du grêle : météorisme médian, mouvements péristaltiques visibles sous la paroi. Les touchers rectal et vaginal permettent de sentir dans le Douglas une masse élastique, peu volumineuse.

La *radiographie en station verticale* décèle plusieurs niveaux liquides sur le grêle; *en Trendelenburg :* une anse claire se termine en flamme dans le pelvis entre deux taches opaques que l'intervention montrera être les ovaires calcifiés.

A l'intervention, les 2/3 supérieurs du grêle sont distendus. A la jonction, avec l'intestin plat, on trouve une bride qui amarre et suspend l'iléon à la trompe droite, dans la situation qu'avait fait affirmer l'examen radiologique.

Pour confirmer la valeur localisatrice de l'examen en Trendelenburg, nous reproduisons une autre observation concernant encore une occlusion par bride :

Marie T... présente une occlusion intestinale plusieurs années après une laparotomie médiane. La radiographie *en position verticale* confirme le diagnostic en montrant plusieurs niveaux liquides ; sur le cliché pris en Trendelenburg on voit une anse claire médiane répondant à la partie basse de l'incision. L'intervention confirme l'existence, à ce niveau, d'une bride amarrant à la paroi une anse iléale.

La radiographie en Trendelenburg a pu nous rendre encore d'autres services :

Chez une de nos malades examinée avec une inhabituelle précocité, quatre heures après le début des douleurs, quatre-vingt-dix minutes après la dernière selle, la symptomatologie était vraiment réduite au minimum. Radiologiquement, il existait un contraste frappant entre la netteté de l'aéroïléie localisée et « accrochée » obtenue en Trendelenburg et la discrétion des images fournies par la technique habituelle. Cet aspect nous permit, bien que le radiologue eût nié le diagnostic d'occlusion, d'intervenir et de guérir la malade.

Ailleurs, un défaut de remplissage par lavement baryté de la jonction recto-sigmoïdienne aurait pu faire penser à un obstacle colique; la constatation, sur le cliché pris en Trendelenburg, d'une anse grêle claire, suspendue dans le bassin, permit de rectifier le diagnostic et d'orienter en conséquence la thérapeutique.

Au cas d'occlusion du côlon gauche par cancer, l'examen en Trendelenburg a pu aussi nous donner des résultats intéressants, en substituant au niveau liquide sus-lésionnel une colonne claire arrêtée net au niveau de la virole, la dessinant et la situant avec précision. Mais notre technique ne présente pas, dans cette éventualité, l'intérêt qu'elle possède dans les occlusions du grêle, car le lavement baryté permet toujours de pousser très avant l'exploration d'un iléus colique. La radiographie en Trendelenburg dans les occlusions du gros intestin mérite cependant d'être essayée par ceux qui répugnent à pratiquer un lavement baryté, par crainte de fatiguer le patient.

Disons enfin que c'est dans un cas de dilatation gastrique aiguë que la radiographie en Trendelenburg nous a donné les résultats les plus frappants. L'interprétation est souvent délicate, en effet, de ces clichés qui montrent l'énorme masse opaque de l'estomac. Rien n'est plus facile — notre observation en fournit la preuve — que d'illuminer cette vaste opacité, et par cela même de l'identifier en basculant le patient en Trendelenburg. Et même, dans un cas heureux, sur un cliché qui révélait, à l'évidence, et le diagnostic clinique et le mécanisme des accidents, nous avons pu ainsi obtenir une image de la moitié initiale du duodénum dilaté jusqu'à la pince mésentérique. On trouvera cet aspect reproduit dans le livre de M. Mondor.

Tels sont quelques-uns des documents que nous présentons avec les commentaires qu'ils nous ont suggérés.

Une utilisation sur une plus large échelle de la méthode permettra sans doute de mieux apprécier ce que l'on peut raisonnablement en attendre. D'ores et déjà on peut affirmer que, sous les quelques réserves que nous avons faites, son innocuité paraît absolue et que dans bien des cas les renseignements qu'elle fournit ne sont pas négligeables.

LUCIEN LEGER.

Fatigue et vitamine C

Beaucoup de médications prétendent augmenter le rendement musculaire de l'individu ; elles semblent agir en modifiant l'excitabilité et la conductibilité neuro-musculaire. MM. Martin du Pan et Loufti[1], eux, ont essayé d'agir sur la sensation de fatigue elle-même, sensation très spéciale que le terme de courbature exprime (sans que toutefois cette sensation de courbature se produise toujours sur des muscles fatigués). A quoi est due cette sensation si spéciale ? Il semble qu'elle soit d'origine chimique et qu'elle soit la traduction par les nerfs sensitifs du muscle de l'augmentation de l'acide lactique dans le muscle en rapport avec son travail. Or les travaux expérimentaux récents ont montré le rôle de certaines vitamines dans ces réactions chimiques qui déterminent la contraction. Vitamine B_2 dont on sait le rôle capital dans toutes les réactions de phosphorylation de l'organisme ; vitamine C qui intervient dans les deux phases de la contraction : anaérobie dans la transformation du glycogène en lactocidogène, puis en acide lactique, et clivage du phosphagène ; aérobie : oxydation de l'acide lactique par son pouvoir oxydo-réducteur.

Expérimentalement les animaux carencés en vitamine C présentent une fatigabilité anormale.

Les auteurs ont essayé de donner préventivement de l'acide ascorbique (en moyenne 1 *g.* 50 à 2 *g.* répartis sur six jours) à des sujets ayant à fournir un gros effort physique (soldats, sportifs...). La vitamine C a diminué dans la proportion d'environ 80 pour 100 des cas la fréquence d'apparition des courbatures. Pour éliminer tout facteur psychique, quelques sujets absorbèrent des pastilles analogues ne contenant pas de substance active, et se montrèrent courbaturés au même degré que les sujets n'ayant pas pris de pastilles. Il est à remarquer qu'il ne s'agissait pas de sujets carencés: ils présentaient une ascorburie normale. C'est essentiellement en assurant une plus rapide et plus complète désintégration de l'acide lactique que semble agir l'acide ascorbique.

Encore que portant sur un nombre relativement restreint de cas (25 sujets traités, 198 témoins), ces résultats sont intéressants. Il est à remarquer qu'il s'agit de courbatures physiologiques, résultant d'une fatigue normale chez un sujet sain. La vitamine C agit-elle aussi dans certaines courbatures pathologiques ? Ceci mériterait d'être vérifié.

Y. PÊCHER.

1. R. MARTIN DU PAN et M. LOUFTI : Vitamines C et courbatures. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 Août 1943, n° 8.

CHRONIQUES

L'Hôpital Saint-Louis

MONUMENT HISTORIQUE

Jusqu'au début du XVIIe siècle, aucun établissement spécial n'était prévu pour isoler les contagieux en temps d'épidémie. Quand la peste faisait son apparition, c'était encore l'Hôtel-Dieu, déjà encombré en temps normal, qui devait les recevoir. Il fallut la peste de 1606 pour prendre d'urgence les mesures qui s'imposaient.

C'est alors que les administrateurs de l'Hôtel-Dieu arrivèrent à convaincre le Premier président du Parlement de la nécessité de créer à Paris un établissement spécial réservé aux contagieux en temps d'épidémie. Ce fut l'œuvre d'Henri IV, dont la réalisation, écrit Clavareau, « mérite à sa mémoire le respect et la reconnaissance ». Il ordonna la création d'un établissement qui serait élevé en pleine campagne.

Les vues se portèrent sur un emplacement situé au nord-est de Paris, au lieu dit « les Cultures du Temple ». Dès le 13 Juillet 1607, cinq ans après la fondation de *la Charité* par sa royale épouse, Henri IV posait la première pierre de l'édifice dont il ne devait pas voir l'achèvement.

Activement menés sous la direction de Claude Vellefaux, les travaux étaient terminés au bout de quatre ans, mais ce n'est qu'en 1616 que l'hôpital fut ouvert aux premiers contagieux, sous le nom d'*hôpital Saint-Louis*, pour honorer la mémoire du roi mort de la peste devant Tunis.

La disposition des bâtiments, qui n'a guère changé depuis plus de trois siècles, fait honneur à l'architecte qui en conçut le projet et surveilla l'exécution. Considéré à l'époque comme le modèle du genre, il valut à son auteur les appréciations les plus flatteuses.

Sur les dessins que nous a laissés Claude Chatillon, nous voyons « l'hôpital Saint-Louis » qualifié de « remarquable et magnifique bastiment » (1608) et de « somptueux édifice » (1648). A la fin du XVIIIe siècle, lorsqu'il eut à se prononcer sur les mesures à prendre pour remédier à la mauvaise organisation des hôpitaux, Tenon ne manqua pas de marquer sa satisfaction en visitant l'hôpital Saint-Louis : « Il ne ressemble pas à ceux dont nous avons parlé jusqu'ici », consigne-t-il dans son rapport. Séduit par les « attentions particulières qu'on a prises », il conclut de la façon la plus élogieuse : « Je ne puis qu'applaudir, écrit-il, aux savantes dispositions de cet hôpital : elles convenaient à un hôpital de pestiférés. » Dans ce réquisitoire, si sévère et justifié, *Saint-Louis* seul était épargné.

Sous l'Empire, chargé lui aussi de procéder à l'amélioration des hôpitaux, l'architecte Clavareau vantait déjà sa splendide ordonnance comme étant « un des plus beaux monuments qui existent en ce genre non seulement en France mais dans toute l'Europe ». Et il ajoutait : « Tout prouve la sagesse prévoyante de l'auteur d'un si bel établissement. »

Ainsi, outre ses qualités extérieures qui sautent aux yeux de tous, ces remarques concernant l'aménagement intérieur des locaux ont leur valeur, quand elles viennent de deux techniciens, un chirurgien et un architecte des hôpitaux. Dulaure, lui aussi, déclare que « cet hôpital était le plus beau de Paris ». On peut ajouter qu'il est maintenant le plus ancien.

« La maison Saint-Louys, ainsi qu'on l'appelle sur d'anciennes gravures, était devenue un but de promenade favori. L'une d'elles nous montre précisément la « promenade de Louis XIII et de la reine près l'hôpital Saint-Louis ».

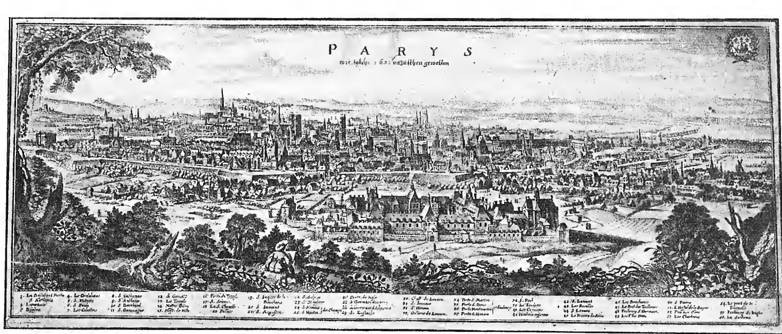
Certains hôpitaux retiennent l'attention par un détail historique ou architectural, celui-ci nous séduit par l'équilibre de ses proportions et l'harmonie de l'ensemble. Plusieurs, qui n'ont pas été prévus pour cette destination, étant souvent d'anciens couvents, ont nécessité bien des remaniements. Celui-là, au contraire, d'une unité remarquable, nous apparaît d'une seule venue, parce qu'il a été conçu dès l'origine pour un but qui n'a pas varié. Construit pour des malades, il a gardé cette affectation depuis plus de trois siècles. On ne s'étonnera donc pas de le voir figurer aujourd'hui en bonne place sur la liste des monuments historiques[1].

Saint-Louis fermé en temps ordinaire, et dépourvu de personnel, ne fonctionnait en principe qu'en temps d'épidémie. En réalité, cet établissement restait ouvert bien au delà du temps nécessaire pour dégager les services toujours encombrés de l'Hôtel-Dieu, auquel il servait d'annexe. C'est ainsi qu'il s'ouvrait par intervalle, non seulement « pour y retirer et pencer les Pestiférez pendant la contagion »[2], mais aussi pour y recueillir « les pauvres affligez de maladies qui se communiquent comme le scorbut et la dissenterie, et des convalescents de l'Hôtel-Dieu pour y prendre l'air ». Lors des disettes, si fréquentes à cette époque de guerres continuelles, on y recevait, outre les malades, des mendiants des deux sexes et de tout âge. Devenu *hôpital du Nord* sous la Révolution, il héberge déjà les maladies de peau plus ou moins « communicables », mais c'est sous le Consulat qu'il trouvera sa destination définitive, avec l'arrivée d'Alibert qui ouvre la série des grands dermatologistes du XIXe siècle.

Le 6 Frimaire an X (27 Novembre 1801), un arrêté du Conseil général des Hospices faisait de cet hôpital le centre de traitement des maladies de peau « soit contagieuses... soit rebelles et cachectiques ». Sous l'Empire, l'*Almanach impérial* mentionne l'hôpital Saint-Louis, qui avait repris son ancien nom, comme étant « consacré à la guérison des maladies chroniques, ulcères, scrofules, dartres, teignes et gales compliqués ». Désormais spécialisé dans le traitement des maladies de peau, l'hôpital Saint-Louis deviendra le siège de la grande Ecole française de Dermatologie, dont le renom est considérable, tant en France qu'à l'étranger. Comme un suprême hommage adressé à ce vénérable édifice, à la gloire duquel ils ont travaillé, les noms de trois médecins de *Saint-Louis* sont aujourd'hui gravés sur les rues avoisinantes.

C'est par la rue des Récollets qu'il faut y arriver, en traversant ce canal, construit plus tard, dont les eaux tranquilles bordées de grands arbres donnent à ce quartier la physionomie originale d'une petite ville du Nord. Après avoir franchi la porte d'entrée, on se trouve aussitôt reporté à plus de trois siècles en arrière, en découvrant un magnifique ensemble architectural d'époque Louis XIII, où l'alternance de la brique et de la pierre est d'un si heureux effet. La belle façade que l'on a devant soi, avec les élégantes fenêtres qui se prolongent sur les toits, ne représente qu'un des côtés de ce vaste quadrilatère, formé de quatre bâtiments symétriques à un étage, ayant chacun leur pavillon central et leur pavillon d'angle. Ceux-ci, plus élevés, à deux étages, servaient les uns de chauffoir, les autres de chapelle. Accolé à chaque face des deux pavillons centraux nord et sud, un double escalier extérieur couvert, supprimé au milieu du siècle dernier, conduisait aux salles de malades.

Au-dessous, un passage voûté, généralement fermé



(Archives de l'Assistance publique.)

1. Classement par décret du 28 Juillet 1937 et du 3 Mars 1938.
2. Gravure de Chastillon Chalonnois.

par une grille, communiquait en cas de besoin avec l'extérieur.

Le 1er étage était alors seul occupé par les salles de malades, au nombre de quatre, chacune d'elles de 120 *m.* de long occupant toute l'étendue d'un bâtiment.

A part le cloisonnement partiel exécuté à la fin du XVIIIe siècle, et complété sous l'Empire, elles n'ont guère changé et nous étonnent encore par leurs dimensions. Couvertes d'un lambris cintré supporté par des entraits et raidi par des poinçons, elles ressemblent à des nefs d'églises.

La cour intérieure ombragée de grands ormes et de platanes est une des plus belles qu'il soit. Avec quel art l'architecte a su disposer de place en place ces petites tourelles d'escalier en saillie sur le bâtiment principal, dont les angles sont masqués par deux gracieux pavillons en équerre. Le rez-de-chaussée, autrefois humide et mal éclairé, utilisé comme magasin, ne fut aménagé en salles de malades qu'au début du règne de Louis XVI. Avec ses voûtes d'arêtes retombant au milieu sur de gros piliers de pierre qui le partagent en deux nefs, on dirait une crypte d'église.

Tout autour de ce quadrilatère, formant l'hôpital proprement dit, un large chemin de ronde séparait les contagieux du personnel qui était logé dans les quatre bâtiments en équerre situés à chaque angle. Celui de gauche, au sud-ouest, affecté à l'oto-rhino-laryngologie, était réservé à la communauté pour les Dames Augustines. Un passage couvert très élégant, orné aujourd'hui de deux médaillons représentant Lecène et Ravaut, le relie directement aux salles de malades du premier étage. Le bâtiment de droite au sud-est, occupé par l'administration et l'ophtalmologie, réservé aux malades payants, abritait les « bourgeois pestiférés » qui disposaient d'un promenoir spécial. Le pavillon du nord-est, admirablement conservé, aujourd'hui pavillon Lugol, était utilisé comme lingerie et séchoir pour « la plume des lits gâtés de l'Hôtel-Dieu ». Quant au quatrième bâtiment en équerre, au nord-ouest, le pavillon Bazin actuel, incontestablement moins réussi et qui n'est pas du même style, il était affecté aux médecins et aux ecclésiastiques. La galerie couverte qui devait le relier aux salles de malades est restée à l'état de projet.

En dehors du chemin de ronde existent encore plusieurs petites constructions bien conservées également « classées » comme le reste, à l'exception toutefois du pavillon Bazin.

A l'est, c'est le *Pavillon Royal*, plus connu depuis la Révolution sous le nom de *Pavillon Gabrielle*, et qui fut longtemps utilisé comme entrée d'honneur. Fâcheusement alourdi de deux ailes, il sert aujourd'hui de salle de garde. Plus loin, aux deux extrémités nord de l'enceinte, on voit encore deux anciens pavillons de garde, l'un englobé par les bâtiments de la Maternité, l'autre écrasé par le voisinage de la Clinique.

Enfin, à l'ouest, se trouve la chapelle Saint-Louis où fut célébré, en 1610, un office à la mémoire du roi. La Révolution a fait disparaître l'inscription placée autrefois au-dessus de la porte d'entrée à l'adresse du fondateur.

Anciennement, l'abside était seule enclavée dans l'enceinte pour permettre aux gens du dehors d'assister aux offices. De chaque côté, deux pavillons se faisant vis-à-vis, l'un pour la cuisine, l'autre pour la pharmacie, étaient reliés autrefois par une galerie à un bâtiment central appelé *Pavillon de l'escalier*, transformé actuellement en laboratoire. C'est par là que les repas et médicaments étaient montés et distribués séparément au moyen d'un tour, où on venait les prendre par un passage couvert aboutissant aux salles de malades. De cette façon tout contact était supprimé entre le personnel soignant et les services annexes. De plus, pour compléter l'isolement, des grilles que l'on voit encore au pavillon nord fermaient les quatre passages voûtés communiquant avec la cour intérieure servant de promenoir aux malades. Regardant la chapelle, le pavillon de l'escalier nous montre sa riche décoration où le buste du roi abrité dans une niche apparaît dans un encadrement de pierre au-dessus d'un fronton brisé.

Depuis cette époque, bien des transformations ont été apportées dans ce vieil hôpital. Au nord, derrière la lingerie, on voit un bâtiment du XIXe siècle sans caractère. L'ancien cimetière d'abord extérieur, puis englobé dans le mur d'enceinte, a été remplacé par un jardin potager. A l'ouest, près de la rue Bichat, les vastes bâtiments de l'école Lailler, construits à la fin du siècle précédent pour les enfants teigneux, et occupés en grande partie par des services de chirurgie, rappellent l'emplacement de la première usine à gaz élevée sous Louis XVIII sur les terrains de l'ancien verger. Plus au sud, la Clinique de la Faculté occupe l'espace réservé autrefois au jardin botanique.

Le pavillon des bains, créé sous le Second Empire et qui remplaçait avantageusement les antiques baignoires en bois, puis celles en cuivre du Consulat, a malheureusement rompu la belle ordonnance de la « cour en miroir plantée d'arbres » qui s'étendait en demi-lune devant le Pavillon Royal. Enfin, de nombreuses constructions nouvelles, la Maternité, la Consultation, le musée Baretta et la bibliothèque Henri-Feulard ont achevé de faire disparaître les derniers espaces libres.

Malgré les changements qu'il a subis, en particulier l'agrandissement considérable des fenêtres du rez-de-chaussée et du 1er étage, malgré certaines additions effectuées au siècle dernier et surtout de nos jours, le vieil hôpital a conservé dans l'ensemble les mêmes lignes qu'autrefois. Soyons reconnaissants à ce vénérable édifice d'avoir permis aux médecins qui s'y succèdent depuis le Consulat de jouir de l'incomparable prestige qui s'attache au titre de médecin de l'hôpital Saint-Louis.

PIERRE VALLERY-RADOT.

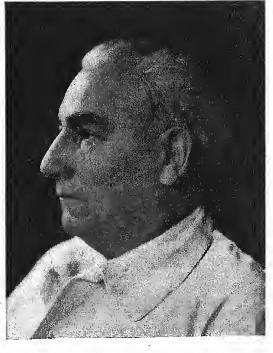
BIBLIOGRAPHIE

BÉNASSIS : L'Hôpital Saint-Louis et les sanitats. *Revue thérapeutique des alcaloïdes,* 1937. — CLAVAREAU : *Mémoire sur les hôpitaux civils de Paris,* 1805. — DULAURE : *Histoire de Paris.* — GOUGEROT et BRODIER : *L'Hôpital Saint-Louis,* Paris 1932. — SABOURAUD : *L'Hôpital Saint-Louis (Ciba).* Lyon, 1937. — TENON : *Mémoire sur les hôpitaux,* 1788.

Raymond Monier-Vinard

(1878-1944)

C'est une tâche difficile que de dire les qualités de cœur et d'esprit de Raymond Monier-Vinard. Sa personnalité, sa distinction, sa finesse ne sauraient être rendues par des mots. Pour exprimer toute notre pensée, nous nous sentons retenu par le souvenir de sa modestie et de sa simplicité, que nous voudrions respecter même dans un hommage posthume...



RAYMOND MONIER-VINARD.

Il était d'une famille orangeoise. Après de solides études au lycée de Nîmes, il commença sa médecine à Montpellier. D'emblée il s'y distingua. Mais la capitale l'attirait. Le voici bientôt externe des hôpitaux de Paris, dans les services de Gilbert-Ballet, de Babinski et de Boulloche. En 1905, il est reçu à l'internat, major d'une promotion essentiellement médicale, où nous nous trouvions avec Lian, Milhit, Clovis Vincent, Harvier, Abrami, Faroy, Brulé, Feuillié, Tournay, Descomps, etc. Il devient l'élève de Reclus, Charrin, Gaucher, Klippel, Dupré, Rénon. Teissier le connaît au hasard d'un remplacement et le prend en affection ; c'est dans son service qu'il se lie d'amitié avec Reilly. Son internat terminé, il aborde le concours du médicat des hôpitaux.

Mais la guerre de 1914-1918 survient au moment où il allait recueillir le fruit de son labeur. On le voit d'abord comme aide-major sur le front français, où il contracte la fièvre typhoïde. A peine remis, il part comme volontaire pour l'Armée d'Orient. Là, ni les fatigues d'une retraite pénible, ni l'amibiase et le paludisme dont il est atteint ne réduisent sa ferme volonté de servir et, avec ses nombreux collègues qu'il retrouve à Salonique, il organise la lutte contre les maladies qui assaillent nos soldats. Mais sa santé y est ébranlée et jamais il ne se remettra de sa dysenterie dont il eut une rechute encore en 1937. Il en revient cependant, décoré de la Légion d'honneur et de la Croix de guerre, ayant là-bas contracté une amitié fidèle, celle de notre confrère Gaudelut, et connu, au chevet des malades, celle qui devait devenir sa femme.

La paix signée, le voici de nouveau candidat. En 1920, il est nommé médecin des hôpitaux, dans une promotion où nous nous trouvions avec Fiessinger, Brulé et le regretté Marcel Pinard.

Sa voie était depuis longtemps tracée ; il devait être neurologiste. Pendant son externat, il avait reçu l'empreinte de Babinski, avec lequel il demeura toujours très intimement lié. Son esprit clair et ordonné s'adaptait parfaitement à la méthode objective du grand maître de la Pitié. Mais il se défendit toujours d'être un spécialiste trop étroit et, pour ne pas perdre de vue les notions de pathologie générale, il refusa de prendre un service purement neurologique. C'est à Ambroise-Paré qu'il passa presque toute sa carrière hospitalière. Il y avait organisé un service modèle et il y donna un enseignement très goûté des élèves, secondé par ses assistants, d'abord Chabanier, puis Brunel, auquel il se confia quand il se sentit gravement malade et qui le soigna avec un dévouement exemplaire.

Monier-Vinard laisse une œuvre importante. En médecine générale, je citerai ses travaux sur la sporotrichose, sur les tumeurs primitives du foie, sur le paludisme, sur le kala-azar, sur l'hypertension paroxystique par paragangliome, sur l'hypertension permanente dont, avec Desmarest, il expérimenta les traitements chirurgicaux. En neurologie, il étudia les anesthésies dans l'hémiplégie cérébrale, les infections lymphatiques rétrogrades du système nerveux, l'encéphalite, les arachnoïdites, les épidurites, la méningite cérébro-spinale, le syndrome pallidal, les affections lenticulo-thalamiques, etc. Avec son fidèle élève Puech, il fixa les indications opératoires de certaines hémorragies cérébro-méningées médicales. Il fit aussi des recherches remarquables sur les contractures latentes et sur l'épilepsie du moignon chez les anciens tétaniques. Enfin, en 1935, il publia, dans la Collection des Initiations médicales, le volume consacré à la Neurologie, volume dont le succès fut tel qu'il dut en donner une seconde édition en 1943.

C'était au demeurant un esprit d'une distinction exceptionnelle, d'une indépendance absolue, d'une droiture intransigeante. Assez grand, bien découpé, le teint basané, l'œil légèrement bridé, le regard vif sous des sourcils épais, une chevelure abondante et blanchie dès l'adolescence, les lèvres minces indiquant une volonté réfléchie, tel apparaissait Monier-Vinard. De sa personne et de son commerce émanait un charme qui lui valut les plus flatteuses sympathies. Dans le cadre artistique de son petit hôtel, il aimait à conter les anecdotes qu'il avait vécues, avec un talent très particulier que relevait l'emploi du passé défini à la mode méridionale. Il fut aussi un grand patriote : sa confiance dans notre victoire ne fut jamais ébranlée et, en courant les plus grands dangers, il participa — on peut le dire aujourd'hui — à la lutte occulte contre l'ennemi...

Le 3 Mars 1942, Monier-Vinard passait la soirée chez des amis. La sirène donne l'alarme, des bombes éclatent. Il apprend que l'hôpital Ambroise-Paré est atteint. Il y court. Hélas ! son cher service est anéanti ! Il passa la nuit à secourir les blessés. Il semble que ce coup lui fut fatal. Ses malades sont transportés à la clinique Boileau où il pourrait continuer ses recherches. Mais quelque chose est brisé en lui ! Son activité décroît et

c'est sans amertume qu'il voit arriver, en Décembre 1943, l'heure de sa retraite. La guerre actuelle l'avait aussi épuisé. Il avait souffert de notre défaite de 1940. Et il est mort trop tôt pour jouir de l'apaisement que nous venons d'éprouver. Mobilisé à Orléans, il avait travaillé au delà de ses forces, cumulant les fonctions de chef de service, de médecin consultant de la V° région et de président de la commission de réforme. Il avait eu aussi de graves soucis sur le sort des siens. De leur côté, ceux-ci voyaient, avec anxiété, sa santé s'altérer depuis deux ans. C'est au lendemain de sa retraite hospitalière qu'il accusa les premiers symptômes de la maladie qui devait l'emporter. Il ne se fit aucune illusion sur la gravité de son mal, dont la nature exacte lui échappa peut-être. Mais il eut le stoïcisme de n'en rien dire, sauf dans sa dernière semaine. Il demeura courageux jusqu'au bout. Car, la veille de sa mort, un prêtre de ses amis lui ayant proposé l'Extrême-Onction, il l'accepta avec sérénité et même avec satisfaction, mais, en clinicien, il murmura : « C'est un symptôme ! »

Ainsi s'éteignit ce bon Français, ce médecin remarquable, cet ami incomparable, cet esprit d'une distinction et d'une personnalité rares. Son souvenir restera gravé chez tous ceux qui l'ont connu. Puisse Mme Monier-Vinard conserver, pour le pleurer, le courage admirable qu'elle a montré pour le soigner et le soutenir pendant les longs mois de sa maladie. Qu'elle veuille bien trouver ici, ainsi que Mlle Monier-Vinard, les condoléances émues de ses élèves et de ses amis.

A. Sézary.

Société française d'Histoire de la Médecine

3 Juin 1944.

M. Laignel-Lavastine fait l'éloge du professeur E. Gidon, de Caen, qui vient de succomber au cancer des rayons X.

M. M. Ledoux-Lebard, dans une *étude sur les grandes épidémies espagnoles de fièvre jaune du début du* XIXe *siècle* et sur les missions françaises envoyées pour les étudier, présente quelques documents iconographiques qui jalonnent les étapes.

Un tableau d'Aparicio (1806) conservé à l'Académie de Médecine montre les effets de l'épidémie qui fut étudiée par une première mission française avec Pariset et Mazet, envoyée à Cadix en 1819. Elle consigna ses observations en un volume contenant des lithographies coloriées montrant le facies du malade aux différentes phases du typhus amaryl. Une seconde mission séjourna à Barcelone en 1821, comprenant Pariset, Bally, Mazet, François, Audouard et un « non-contagioniste », Rochoux. Une toile de Xavier Leprince célébra le dévouement de la mission tandis qu'un nouveau volume sur cette épidémie catalane affirma la contagion, sans cependant suspecter le rôle intermédiaire du stégomyia.

Une médaille de Gayrard, des peintures et des lithographies vinrent encore glorifier l'œuvre de la mission, la mort d'un de ses membres, Mazet, et le dévouement des sœurs de Saint-Camille.

M. M. Ledoux-Lebard présente ensuite, à propos de la récente communication du Prof. Chevassu, un dessin à la mine de plomb de Duplessis-Bertaux : *Robespierre, blessé à la mâchoire*, couché sur une table dans l'anti-salle du Comité de Salut Public, le 10 Thermidor.

1er Juillet.

Le président Olivier annonce la mort de Raoul Blondel qui fut un journaliste médical connu sous le nom de *Dioscoride* et laisse une œuvre musicale de composition et de critique signée Raoul Brunel. Le médecin général des Cilleuls évoque ensuite la mémoire du médecin général Rouffianois qui étudia les *hôpitaux d'armée des Pyrénées-Orientales sous la Révolution*.

M. Lian fait quelques remarques sur l'*histoire des signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral*.

On oublie que Laënnec en a décrit le signe fondamental diastolique : bruit râpeux analogue au frottement de la lime remplaçant le 2e bruit et se poursuivant jusqu'au 1er bruit de la révolution cardiaque suivante. Il a également signalé l'éclat du 1er bruit.

Ensuite, en 1843, c'est la magnifique description du souffle présystolique par Fauvel. En citant son nom les auteurs ajoutent que ce souffle avait été signalé auparavant par Gendrin. En fait cet auteur avait seulement inventé l'épithète présystolique, mais sans l'appliquer au souffle du rétrécissement mitral.

Enfin on attribue à tort à Sansom (1881) le claquement d'ouverture de la mitrale. Sa description ne correspond pas du tout à ce phénomène dont la paternité revient indiscutablement à Potain (thèse Rouchès 1888).

Si l'on rappelle que le bruit de rappel a été décrit par Bouillaud (1935) et que Duroziez (1862 et 1882) a fait une brillante synthèse critique des signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral, on constate que toutes les données importantes concernant l'auscultation dans le rétrécissement mitral ont été découvertes par l'Ecole médicale parisienne au cours du siècle dernier.

M. Laignel-Lavastine offre à la Société de la part de son auteur le peintre Emmanuel Fouzerat, *Visage, miroir de l'âme*, qui vient de paraître aux Editions Colbert. Comme je l'ai dit dans la préface du volume, c'est l'itinéraire d'un portraitiste conscient du mécanisme de sa valeur et qui veut faire profiter de sa connaissance de la psychologie humaine par les formes du visage en schématisant celles-ci. Le fil d'Ariane de l'ouvrage est dans les trois qualités fondamentales des visages humains qui sont longs, carrés ou ronds. Cet album physionomique, supérieur aux précédents, rapproche une fois de plus le peintre, le psychologue et le médecin.

C'est avec tristesse que M. Laignel-Lavastine présente le *XVIIe volume des Opuscula selecta Neerlandicorum de acta medica*, préparé par le regretté Martin-Antoine Van Andel, médecin à Gorinchem, mort prématurément le 5 Juin 1941. Il était membre de la Société internationale d'histoire de la médecine et a écrit l'introduction du présent volume consacré à la lithotomie et qui contient les portraits et les textes d'Erasme, J. Van Beverwijck, Solingen, Antoine Van Leenwenhoeck, Albinus, Jan Sermes, Jacob Denijs, J.-H. Francken et Pierre Camper.

M. Laignel-Lavastine présente les *Variétés littéraires, gastronomiques et historiques sur le cochon*, par le docteur Henry Chaumartin (de Vienne) parues dans les *Albums du Crocodile* de 1944. Avec esprit l'auteur rappelle le sonnet de Mhonselet, le faire-part du souper-collation de Grimod de la Régnière et surtout la valeur folklorique du compagnon de saint Antoine.

M. Herpin critique l'œuvre de la Commission de réforme des études médicales, en particulier au sujet de son programme d'enseignement de l'anatomie.

M. Ledoux-Lebard présente une médaille commémorative de la mission française en Espagne contre la fièvre jaune en 1821. M. Olivier présente des documents relatifs à deux chapelles observées par lui dans un voyage en Tarentaise; un oratoire de 1832 dédié à saint Roch et une chapelle dédiée à Notre-Dame-de-Pitié remontant à la peste de 1596.

Laignel-Lavastine.

Correspondance

A propos du rôle de la sympathine et de l'acétylcholine dans l'action de la digitale et de la strophantine

Dans un mémoire publié ici même (*La Presse Médicale*, 20 Mai 1944, n° 10), nous avons démontré que la digitale et la strophantine agissent par l'intermédiaire de la sympathine et de l'acétylcholine. Les dernières recherches que nous avons faites nous ont pleinement confirmé notre conception et nous ont permis d'expliquer le mécanisme de production des phénomènes. Ces recherches nous ont démontré qu'il ne s'agit pas en réalité d'une libération d'acétylcholine et de sympathine, mais d'une action favorisante de ces médicaments vis-à-vis de l'acétylcholine et de la sympathine.

Nous avons prouvé, en effet, dernièrement avec M. Popesco et Ed. Mezincesco que la digitale et la strophantine inactivent la cholinestérase. Nous savons que l'acétylcholine, au fur et à mesure qu'elle se produit, est inactivée par la cholinestérase. Nous avons décrit un rapport normal entre la libération de l'acétylcholine, que nous avons appelé *acétylcholinogénèse* et son inactivation par hydrolyse, que nous avons appelé *acétylcholinolyse*. Comme la digitale et la strophantine inactivent la cholinestérase, ces médicaments empêchent l'inactivation de l'acétylcholine qui s'accumule dans l'organe. De cette manière ces médicaments favorisent très intensément l'action de l'acétylcholine.

Nous avons prouvé en outre que ces médicaments favorisent aussi l'action de l'adrénaline, qui, selon nous, est biologiquement identique à la sympathine.

En résumé, ces médicaments agissent non pas en libérant de l'acétylcholine et de la sympathine, mais en empêchant l'inactivation de l'acétylcholine et de la sympathine, ce qui conduit au même effet : une accumulation de la sympathine et de l'acétylcholine dans l'organe.

Avec cette correction qui confirme et en même temps explique mieux le mécanisme intime des phénomènes, toute notre conception exposée dans le mémoire antérieur reste intacte.

Nous ajoutons que c'est en inactivant la cholinestérase que la strophantine favorise aussi, comme nous l'avons démontré antérieurement, le choc anaphylactique. Nous avons démontré que le choc anaphylactique est produit par une libération rapide et intense d'acétylcholine qui accompagne la formation du complexe antigène-anticorps-alexine. Selon notre conception ce qu'on appelle choc anaphylactique, est un phénomène produit *à côté* de l'immunité, qui ne représente nullement une sensibilisation de l'organisme. C'est pour cette raison que nous avons proposé de remplacer le terme de choc anaphylactique par celui de choc paraphylactique acétylcholinique.

La strophantine, inactivant la cholinestérase, empêche l'inactivation de l'acétylcholine et, favorisant de cette manière l'action de cette dernière, favorise le choc paraphylactique.

D. Danielopolu.

Livres Nouveaux

Exposés annuels de biochimie médicale, publiés sous la direction de Michel Polonovski (4e série). 1 vol. in-8° de 288 p. (*Masson et Cie*, éd.), Paris, 1944. — Prix : 160 fr.

Le professeur Polonovski vient de faire paraître le 4e volume de ses *Exposés annuels de Biochimie médicale*. Nous avons déjà dit l'intérêt de cette publication périodique qui rend les plus grands services aux biologistes et aux médecins. Le présent volume est digne de ses devanciers. Il renferme 10 articles rédigés par des savants qui, en ces dernières années, ont poursuivi des recherches personnelles sur les questions qu'ils nous exposent.

Nous trouvons d'abord un article d'André Boivin sur les nucléoprotéides, qui jouent un si grand rôle en biologie. Il est fort intéressant de lire la suite des constatations qu'on peut faire en partant des cellules animales pour descendre aux microbes et aux ultra-virus, dont quelques-uns sont constitués par de simples molécules nucléoprotéidiques.

L'électrophorèse des protéides fournit un bel exemple des services que la physique peut rendre à l'analyse chimique. Cette importante question est exposée par Michel Machebœuf avec tous les détails nécessaires sur la technique utilisée et les résultats obtenus.

De nombreuses recherches, publiées en ces dernières années, ont profondément modifié les anciennes conceptions sur la respiration cellulaire. On en saisira l'importance en lisant l'article de Michel Polonovski sur la glycolyse et la respiration.

La chimie et la physiologie sont de plus en plus étroitement associées et se prêtent un mutuel concours. Aussi lira-t-on avec profit l'article de Jean Cheymot sur les techniques physiologiques au service de la recherche chimique.

L'intérêt que suscite l'étude des vitamines augmente chaque jour et prend un caractère d'angoissante actualité depuis les restrictions alimentaires. Quatre articles leur sont consacrés. C'est d'abord un exposé de Raoul sur la recherche et le dosage des vitamines dans l'organisme. Les médecins y trouveront l'indication des différents tests qu'on peut utiliser.

L'avitaminose nicotinique qui aboutit à la pellagre est à l'ordre du jour, car elle sévit actuellement en France. Justin-Besançon et A. Lwoff, qui ont publié sur la question une excellente monographie, en tracent l'histoire en décrivant l'amide nicotinique ou vitamine PP et en indiquant les points encore obscurs de son histoire.

Ch. Sannié donne un aperçu des facteurs vitaminiques B, groupe très important, mais tellement complexe qu'on est heureux d'en trouver une description exacte, avec des indications précises sur la vitamine B6 et sur l'acide pantothénique.

L'histoire des vitamines se termine par un article de Paul Boulanger sur la vitamine de perméabilité ou vitamine P, dont le rôle et même l'existence sont encore discutés, ce qui augmente l'importance de la description qui en est faite.

On sait quel intérêt s'attache à l'étude de l'élimination des hormones femelles par l'urine. On en trouve un excellent exposé dans l'article de M. F. Jayle, qui commence par tracer une histoire générale de ces vitamines et montre l'importance de la glycuro-conjugaison hépatique.

Tout le monde connaît les travaux de J. Roche sur les phosphatases. On est heureux de trouver un exposé complet de la question rédigé en collaboration avec J. Courtois.

Les divers articles insérés dans ce recueil mettent au point, d'une façon parfaite, des questions qui intéressent également la biologie et la médecine. On ne saurait trop en recommander la lecture.

H. Roger.

Pavillon V. Travaux de la clinique d'Urologie de Lyon. Septembre 1942-Septembre 1943.

Sous l'impulsion féconde du jeune professeur d'urologie M. Cibert, l'école urologique de Lyon continue les traditions que lui ont léguées ses anciens chefs, Rochet, Gayet. M. Cibert a du reste pour collaborateurs une équipe choisie de jeunes chirurgiens dont quelques-uns font déjà honneur à l'urologie.

Pavillon V est la manifestation de l'activité de cette école. Dans ce livre paru récemment se trouvent rassemblés quelques leçons et surtout des travaux réalisés en une année. Ils traitent de sujets variés, contiennent beaucoup d'aperçus nouveaux parfois discutables, en tous cas intéressants et susceptibles, après discussions, de faire naître des méthodes thérapeutiques nouvelles. De nombreuses reproductions de pièces opératoires, des radiographies, urographies, pyélographies illustrent le volume.

Etant donné la place restreinte qui nous est accordée, nous ne pouvons donner qu'une énumération des sujets traités.

L'Anthrax du rein a donné lieu à une leçon de M. Cibert et à des études basées sur de nombreuses observations, sur sa guérison spontanée et sur son traitement par l'énucléation.

La *Tuberculose rénale* fait l'objet de plusieurs articles : relations de la tuberculose rénale avec l'infection tuberculeuse en général et la tuberculose pulmonaire en particulier; rapports de la tuberculose rénale avec les localisations extra-urinaires; généralisation dans les suites de la néphrectomie pour tuberculose; tuberculose rénale et grossesse; mort du rein sain dans la cystite tuberculeuse; dysurie chez les tuberculeux rénaux.

La *Maladie du col* est envisagée de façon un peu spéciale par M. Cibert qui range dans cette dénomination les dysectasies d'origine nerveuse dont la résection du col a du reste raison.

Puis viennent une série d'articles de moindre importance, mais où l'on trouvera des observations intéressantes: *Troubles de la miction après ablation du cancer du rectum. Résection transsurétrale dans le traitement du cancer de la prostate. Urétéro-cysto-néostomie après plaie bilatérale des uretères. Rétention complète depuis 18 mois guérie par section des nerfs hypogastriques et résection partielle des ganglions hypogastriques. Troubles génitaux et urinaires chez un malade porteur d'une hernie discale; guérison après laminectomie. Une indication nouvelle de l'opération de Richer. Troubles vésicaux consécutifs à une myélite transverse. Traitement de l'incontinence d'urine par la suspension aponévrotique du col. Ablation ou résection des polypes vésicaux volumineux.*

Pavillon V, en résumé, est non seulement intéressant par les idées qui y sont exposées mais aussi par l'abondance des documents anatomiques et cliniques qui s'y trouvent réunis.

G. Marion.

La sulfamidothérapie en pratique médicale, par R. Crosnier (*Vigot frères*, édit.), Paris.

Ce petit ouvrage a été conçu à l'usage du médecin praticien. Il est divisé en 3 parties dont la première est consacrée aux généralités sur la sulfamidothérapie, la seconde au traitement des infections médicales, la troisième aux incidents et accidents de la méthode. R. Crosnier a réussi à présenter avec une grande clarté et sous un volume réduit une documentation considérable contenant tout ce qu'il est actuellement utile de savoir sur la posologie et le mode d'usage des corps sulfamidés. Ce très intéressant travail est appelé à rendre les plus grands services au corps médical tout entier.

A. Ravina.

La radiothérapie de contact, par Charles Gros. 1 vol. de 194 pages avec 30 fig. (*Editions du Centre régional anticancéreux de Montpellier*), 1944.

Au moment où la méthode de Chaoul tend à se développer en France, voici un ouvrage qui vient à son heure.

Ch. Gros nous offre un exposé complet de la rœntgenthérapie de contact. Dans l'étude physique, c'est la question de la longueur d'onde optima qui dépasse largement le domaine de l'irradiation à très courte distance focale. Alors que la course vers les hautes tensions pense trouver une base solide dans une plus grande distribution de l'énergie en la profondeur, M. Gros vient nous montrer qu'en réalité, pour chaque profondeur, il paraît exister un voltage d'excitation optimum. Cette solution si riche de conséquence mérite davantage et à l'heure actuelle Gros cherche à l'étendre et à l'appliquer d'une façon pratique à la rœntgenthérapie tout entière. L'avenir nous dira le bien-fondé du principe.

Le lecteur trouvera également une étude théorique de la répartition de l'énergie spectrale dérivée de la formule de Silberstein, enfin un développement fort intéressant sur le double indéterminisme qui est en quelque sorte une suite aux travaux de M. Jean Reboul sur la radiobiologie quantique et poursuivis dans ce même laboratoire du Centre anticéreux de Montpellier.

Mais ce travail serait incomplet si M. Gros d'avait apporté dans son livre les résultats de ses expériences. Ayant travaillé avec un tube Philips, il a analysé complètement les constantes de l'appareil, dimensions du foyer, courbes spectrales avec et sans filtration dosimétrie avec toutes les variables qui affectent la dose, etc. A noter quelques expériences de radiobiologie pratiquées sur des œufs d'insectes et sur la peau humaine.

L'ouvrage contient, en outre, un rapport détaillé sur les techniques et des indications de la radiothérapie de contact et se termine par un exposé schématique des résultats obtenus au Centre anticancéreux de Montpellier

P. Lamarque.

INFORMATIONS

Commission Nationale de Secours aux Médecins sinistrés

Dans le courant de Juillet 1944, le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait fait à chaque médecin de France un appel en faveur des médecins sinistrés.

Beaucoup ont généreusement répondu; un certain nombre n'a pu le faire par suite de circonstances et de l'interruption des communications postales.

Après la dissolution du Conseil National, la Commission de secours a été maintenue par décision ministérielle.

Depuis ces derniers mois le nombre des médecins sinistrés s'est considérablement accru; aux sinistrés par bombardement s'ajoutent les victimes de la guerre (médecins blessés, déportés ou emprisonnés, veuves, orphelins de médecins tués ou fusillés). Nous avons pu jusqu'alors accorder une moyenne de 10.000 francs à chaque médecin sinistré total, mais, sur cette base, 1 million de francs ne permet de secourir que 100 médecins et la Normandie seule en compte plus de 200.

Aussi la Commission reprend-elle l'appel fait antérieurement. Elle sait qu'aucun médecin ne manquera de répondre à son appel. Les versements peuvent être faits soit par chèque bancaire, soit par chèque postal n° 87434 Paris (Commission de Secours aux Médecins sinistrés).

Un recouvrement postal de 200 fr. sera présenté aux médecins auxquels nous leur demandons de réserver bon accueil.

La Commission Nationale de Secours aux Médecins sinistrés : MM. OBERLIN, président; COUTELA, secrétaire; DUVELLEROY, trésorier; PLICHET et Bernard DREYFUS.

Université de Paris

Faculté de Médecine. — M. HAZARD, professeur sans chaire, est nommé professeur de pharmacologie et matière médicale (dernier titulaire: M. Tiffeneau, retraité).

— Par arrêté du 21 Octobre 1944, est rapporté en ce qui concerne M. AUBERTIN, professeur, l'acte dit « arrêté du 25 Avril 1944 » admettant à la retraite des professeurs de Faculté.

— M. JUSTIN-BESANÇON, agrégé, est nommé professeur d'hydrologie et climatologie thérapeutique (dernier titulaire: M. Chiray, retraité).

— Par arrêté du 27 Octobre 1944, M. CHEVASSU, professeur, est admis d'office à la retraite à compter du 1er Octobre 1944.

Leçon inaugurale. — Le Prof. L. JUSTIN-BESANÇON fera sa leçon inaugurale au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine le mercredi 22 Novembre 1944, à 18 h.

Il continuera son enseignement d'hydrologie et climatologie thérapeutique au même Amphithéâtre et à la même heure, les vendredis, lundis et mercredis de chaque semaine.

Des conférences sur quelques grandes découvertes françaises en biologie médicale depuis 60 ans auront lieu à dater du 29 Novembre 1944 à la Clinique médicale de l'hôpital Bichat (Prof. Pasteur Vallery-Radot).

29 Novembre 1944, à 10 h. 45, M. PAUL VALÉRY, de l'Académie française: Introduction. — 6 Décembre 1944, à 10 h. 45, Prof. PASTEUR VALLERY-RADOT: Découverte des vaccinations par virus-vaccins. — 13 Décembre 1944, à 10 h. 45, Prof. LEMIERRE: Découverte du séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Conférences d'hématologie appliquée à la clinique. — M. PAUL CHEVALLIER, agrégé, fera à la salle de Thèses n° 2, à 18 h., les mardis et samedis de chaque semaine, à partir du samedi 18 Novembre 1944, une série de Conférences sur les sujets suivants: L'hémorragie (semestre d'hiver); les idiopathies hémolytiques (semestre d'été).

Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales organisé par la chaire de physique médicale (Prof. STROHL et M. R. LEDOUX-LEBARD) et l'Institut du Radium (MM. A. DEBIERNE et A. LACASSAGNE) avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris.

I. Les LEÇONS DU COURS ont lieu à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine, à 18 h., depuis le 13 Novembre 1944.

II. Des DÉMONSTRATIONS de physique, de technologie et de radiodiagnostic auront lieu à 17 heures.

III. Des EXERCICES PRATIQUES auront lieu le mardi 21 Novembre et les jours suivants, à 17 h., au Laboratoire de Physique, sous la direction de M. H. Desgrez, agrégé. Des visites d'usines compléteront la série des exercices pratiques.

IV. STAGES. — Pendant la première partie du cours, les élèves accomplissent un stage de radiodiagnostic.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. CLAUDE FRANCK, agrégé, est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Décembre 1940.

Faculté de Médecine d'Aix-Marseille. — M. CARCASSONNE, agrégé, est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Décembre 1940.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. SOULA, professeur de physiologie, est réintégré dans ses fonctions à compter du 30 Avril 1942.

École de Médecine d'Angers. — M. GOYER est institué pour 9 ans, à dater du 1er Mars 1944, professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

École de Médecine de Nantes. — M. REYT est institué pour 9 ans, à dater du 1er Mars 1944, professeur suppléant de pathologie et clinique médicale.

Nouvelles diverses

Attribution du régime III aux diabétiques. — Dans le but d'exercer un contrôle sur les certificats médicaux prescrivant ce régime, un Centre de validation vient d'être créé en accord avec le Conseil des médecins de la Seine, à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.

Les demandes, accompagnées d'une enveloppe timbrée pour le retour du « bon de validation », comprendront le *certificat* du médecin témoignant que le malade est diabétique, spécifiant l'âge du malade et les complications diabétiques que ce dernier aurait présenté, et une *analyse* portant sur les urines de 24 heures et indiquant le taux de glycosurie. Les bons de validation peuvent être accordés pour 3 mois.

Rémunération des médecins attachés aux établissements publics d'enseignement technique. — Par arrêté du 25 Octobre 1944, le taux maximum est porté à 10.000 fr. (internat) et 6.000 fr. (externat seulement). (*J. O.*, 1er Nov. 1944.)

Service de Santé. — Par arrêté du 7 Novembre 1944, M. LEROY, médecin commandant et le médecin capitaine MORAND, des troupes coloniales, sont rappelés à l'activité à compter du 1er Octobre 1944.

Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (près Angoulême). — Une place d'interne est vacante (16 inscriptions). S'adresser au médecin-directeur.

Distinctions honorifiques

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION

A titre posthume : Docteur A. MOREL (Les Riceys, Aube).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur JACQUES BERNOT, chef de clinique médicale à l'École de Médecine, et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Dominique*. (Dijon, 14 Oct. 1944.)

— M. et Mme CHARLES DUVELLEROY sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Yvonne*. (Paris, 6 Octobre 1944.)

— Claude a la joie d'annoncer la naissance de sa petite sœur *Maïtena*. (De la part du docteur et de Mme RENÉ COSSART. Aire-sur-la-Lys, 26 Octobre 1944.)

Mariage.

— On annonce le mariage, à Aix-en-Provence, du docteur JEAN DELERBA, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Monique Redorther.

Décès.

— On annonce le décès du Prof. LEREBOULLET, professeur honoraire de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

— Le docteur MARCEL BRAUNBERGER (de Paris) confirme la nouvelle de la mort de son fils, le docteur JACQUES BRAUNBERGER, chef de laboratoire à la Faculté, décédé le 26 Novembre 1943 au cours d'une longue détention.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée. Le texte des annonces ne doit pas dépasser 3 lignes.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Leçons pratiques particulières des techniques de laboratoire. Ecrire Laboratoire, 74, rue de la Tour, Paris-16e.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm. clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Suis acheteur boite de verres et ophtalmomètre de Javal. Ecr. *P. M.*, n° 801.

Ain, pays de Bresse. Poste médic. tr. import., belle instal. médic. av. radio, I. R., U. V. à reprendre après décès. Ville agréable. Collège. Ecr. *P. M.*, n° 815.

Secrétaire st.-dactylo, connaissant trav. de Labo., ch. empl. de préf. pour Septembre. Bonnes réf. Ecr. *P. M.*, n° 823.

Cherche petite ou moyenne centrifugeuse électrique. Ecr. indic. et offres à *P. M.*, n° 829.

Visiteur médical d'un des premiers Labo de Paris, introd. dep. 18 a. aupr. des prat. de la banl. Seine, S.-et-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. 1 Labo pr ce sect. Ecr. *P. M.*, n° 835.

On désirerait vendre maison de retraite et repos env. imm. de Paris, 30 pensionnaires, banl. sud-est. Propriété au milieu parc. Ecr. *P. M.*, n° 842.

Demande squelette humain entier, artic. et le tome 1er de l'*Ostéologie* de Hovelacque. Dr Albert, à Amplepuis (Rhône).

A vendre appareil radiodiagnostic général, état neuf. Ecr. *P. M.*, n° 843.

Dame sér. référ., bon. instruc. et éducat., ch. emploi demi-journée, de préfér. ch. Dr, dentiste ou autre, pte comptabilité, tél., récept. client. Ecr. *P. M.*, n° 844.

Appartement 4 p., cuisine, conf., 1er ét., ds 9e arr. à louer de préf. à méd. ou pharm. sinistré. Ecr. *P. M.*, n° 845.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, 846.

A vendre, en parf. état, statif Zeiss, cuivre, platine tournante, chariot mobile, en coffret. Objectifs: Zeiss à immers. 160 mm.; Leitz, 2 et 7; Reichert, 3; oculaire, 3; oculaires compensateurs, 4, 6 et 18. Appareil de diathermie. Petite instrumentation d'urologie. Tables. Cystoscopes. Stérilisateur. Téléphoner Wagram 59-18.

Pour recherches scientif. sur la diététique aliment., dés. entr. en relat. av. pers. s'intéress. à la question. Ecr. Dureau, 34, av. de Versailles, Paris-16e.

J. Femme réf., rech. soit secrét. méd. apr.-midi ou journ. pr phtisiolog., accouch., chirurg., soit empl. second. direct. clin. Ecr. *P. M.*, n° 850.

Laboratoires analyses rech. chimiste tr. au cour. anal. médicales. Lab. Hinglais, 30, r. de Miromesnil, Paris.

Jne méd. 25 a., anc. ext., demand. aide médecin ou clin. ou rempl. ds Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 852.

Dame ch. empl. ch. Dr ou dentiste, recevrait client., s'occuperait intérieur. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 853.

Jne médec. au cour. radiol. ch. remplacem. médec. génér. Paris ou banlieue, vue succession. Ecr. *P. M.*, n° 854.

Etud. méd. 16 inscript. ferait gratuitem. aide ds clin. chirurg. Ecr. Rodier, 23, r. Jean-de-Beauvais, Paris-5e.

Infirmier, salle d'opérat., muni tr. bon. réf., dem. pl. mais. de santé Paris ou prov. Conduirait ambulance ou docteur dans ses déplacements. Ecr. *P. M.*, n° 856.

A vendre poste médec. génér. campagne, tr. gros rapport. Ecr. *P. M.*, n° 857.

Cherche à acheter b. poste gr. banlieue. Ecr. *P. M.*, 858.

Laborantine pr examens bactériolog. est demandée au Sana de Chevilly, par l'Hay-les-Roses (Seine).

On dem. pr Paris 1/2 journée, secrét. st.-dact. anglais, français, expérimentée. Ecr. *P. M.*, n° 860.

Infirmière dipl. d'Etat, tr. au cour. anesthés., serait désireuse trouv. empl. aupr. chirurg. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 861.

Dame infirmière dipl. Etat ch. pl. assistante aupr. docteur quelques après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 862.

Jne fille 25 a. ch. sit. assistante, tr. au cour. médec., chir., anesthés., exc. référ. Carré, 6 bd Filles-du-Calvaire, Paris-11e.

Infirmière manipulatrice en radiologie est demandée par clinique. Ecr. *P. M.*, n° 864.

Médecin français, jeune, titré, ch. sit. Ecr. *P. M.*, n° 865.

Etudiante en médecine anglais-allemand, rech. secrétariat pr l'après-midi. Ecr. *P. M.*, n° 866.

Médecin rech. appartem. minimum 3 p. Ecr. *P. M.*, n° 867.

J. f. vve de méd. pratiq. rech. expérim., cour. récept., stérilis., ch. empl. ch. Dr ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 868.

J. f. laborant. dem. empl. préf. rech. expérim. Ecr. *P. M.*, 869.

J. dame tiendr. intérieur ch. Dr seul, ferait repas midi et récept. client., petit secrétariat. Ecr. *P. M.*, n° 870.

A vendre électrocardiographe Boulitte portatif à corde absolument neuf. Carnot 57-51.

Personne présentant bien, sach. téléph., pouv. surveil. trav. enfant, ou sac. couture, est demandée ch. Dr après-midi ou journées entières. Ecr. *P. M.*, n° 872.

Jne fille 12 a. prat. labo: bactériol., sérolog., etc., et prélévem., ch. pl. Ecr. *P. M.*, n° 873.

Région ouest, visiteur médical ay. labo import. tr. bien introd., s'adj. Labo complém. produits réel intérêt. Ecr. *P. M.*, n° 874.

Médecin âgé 71 a., seul, dem. dame à demeure pr diriger son intér. et l'aider à recev. sa clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 875.

Cherche microscope binoculaire, ét. neuf, immers. 1/15e ou 1/12e, Leitz, préf. platine à char. mob. Ecr. *P. M.*, n° 876.

Etudiant 22 inscript., ext. hôp. de Paris, ch. remplacem. de médecin Paris, banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 877.

Docteur, petit bourg Vaucluse, bien desservi, dem. nurse de 18 à 30 ans. Ecr. *P. M.*, n° 878.

17e Arr. Vve de médecin met à disposition confrère bureau et salon pr clientèle. Tél. Car. 52-31.

Infirmière dipl. d'Etat, hospitalière, expérimentée, conn. anesthésie, demandée pour clinique chirurgic., nourrie, logée. Dr Boquet, château Salomon, Montayral (L.-et-G.).

Infirmière (études médicales interrompues), fille officier, ch. poste secrét., assist. méd. ou dent., Paris. Ecr. *P. M.*, 881.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
ALFRED COROUGE, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LES DYSTROPHIES INAPPARENTES

LA MALADIE CHRONAXIQUE

Expérimentation — Clinique

PAR MM.

G. MOURIQUAND et J. COISNARD

(Lyon)

Nos recherches expérimentales sur la chronaxie vestibulaire des pigeons soumis à divers régimes carencés ou à l'action de l'hormone thyroïdienne nous ont conduits à la conception de la « maladie chronaxique », ou syndrome chronaxique vestibulaire.

Ce terme[1] n'est envisagé ici que sous l'angle clinique pur.

A ce point de vue il y a maladie chronaxique lorsque le sujet présentant tous les attributs apparents de la santé, de l'équilibre entre ses différentes fonctions organiques, l'absence totale de manifestations pathologiques, même frustes, du côté du système nerveux, offre comme unique symptôme (dans l'état actuel de nos recherches) un abaissement de la chronaxie dite vestibulaire[2] pendant une période prolongée.

C'est l'expérimentation, et elle seule, qui nous a révélé l'existence de la « maladie chronaxique » ainsi envisagée. Allant de l'expérimentation à la clinique, nous avons pu constater que, notamment sous certaines actions médicamenteuses, une telle maladie pouvait être « créée » chez l'homme, en particulier chez l'enfant, et pourrait être dangereuse dans son inapparence même.

Maladie chronaxique expérimentale.

Nous avons étudié cette maladie chronaxique : 1° chez des sujets carencés, 2° chez des sujets normaux au cours de certaines actions médicamenteuses (thyroxine, acide acétyl-acétique, etc.).

I. — Maladie chronaxique et régimes carencés.

Nous devons distinguer les sujets (pigeons) soumis à la carence totale ou subtotale en B_1 et à la carence « a minima ».

Chez les premiers la baisse chronaxique n'est qu'un élément de la séméiologie, mais elle a l'intérêt de précéder et d'annoncer les signes proprement cliniques (précarence). Chez les seconds, dans les conditions que nous indiquerons, la maladie chronaxique vraie peut être réalisée.

Chronaxie vestibulaire dans la carence totale et subtotale *en B*.

Chez les sujets soumis à la carence déséquilibrée [riz décortiqué stérilisé] (G. Mouriquand, G. Morin et H. Edel, *Société de Biologie de Lyon*, 20 Mai 1935 et G. Mouriquand et J. Coisnard, *La Presse Médicale*, 19 Septembre 1942, n° 42, 578) la chute de la courbe chronaxique est rapide et tombe à 4, 3, 2, 1 sigma en dix-sept ou vingt jours (accidents au vingtième jour). Chez les sujets soumis à la *carence équilibrée* (riz poli + levure de bière stérilisée) la chute chronaxique est lente et aboutit aux accidents nerveux vers le soixante-dixième jour.

Dans tous ces cas la chute chronaxique est un signe de *précarence* annonçant, de loin, les accidents cliniques. On ne saurait parler ici de maladie chronaxique.

Carence « a minima » et maladie chronaxique vraie. — Cette « maladie chronaxique vraie » a été d'abord observée par nous dans les conditions suivantes :

Maladie chronaxique chez les pigeons à une alimentation exclusive au pain à 85 pour 100 et 98 pour 100[3]. — Nous rappelons que :

1° Les pigeons au pain de 85 pour 100 ont bien supporté ce régime exclusif. La chronaxie vestibulaire régulièrement prise a montré un fléchissement lent et progressif, au trentième jour elle était aux environs de 18 sigma, au soixantième jour 10 sigma, au cent dixième jour 7 sigma.

A partir du deux cent soixantième jour la courbe chronaxique s'installe au plus bas, 1 sigma, et s'y est maintenue jusqu'à la fin de l'expérience. Parvenue à ce niveau chronaxique aucun signe pathologique n'est apparu. Le seul trouble décelable, répétons-le, était celui de la chronaxie vestibulaire.

On peut donc parler dans ces cas de « maladie chronaxique » vraie.

2° Chez les pigeons au pain à 98 pour 100 les mêmes phénomènes furent observés.

Seule, comme chez les pigeons précédents, la chronaxie vestibulaire fléchit lentement au cours des longs mois de l'expérience, atteignant au cinquantième jour 14 sigma, au trois centième jour 10 sigma et parvenant au plus bas au trois cent quatre-vingt-sixième jour. A partir de ce moment le niveau chronaxique se maintint pendant deux cent quarante jours aux environs de 1 sigma sans qu'à aucun moment, répétons-le, apparaisse le moindre signe de fléchissement nerveux.

Maladie chronaxique chez les pigeons soumis à une alimentation exclusive à un type de biscuit. — La même « maladie chronaxique » fut observée chez de nombreux pigeons soumis au régime exclusif d'un certain type de biscuit[4].

Ainsi donc, aussi bien chez les pigeons au pain à 85 pour 100, à 98 pour 100 que chez ceux aux biscuits, nous avons créé une véritable maladie asymptomatique, une dystrophie inapparente.

Nous verrons d'ailleurs que, comme d'autres dystrophies inapparentes, elle peut avoir ses facteurs de révélation[5].

Action de l'aneurine sur la « maladie chronaxique ». — De quoi relève « cette maladie chronaxique » ?

Pour nous en rendre compte nous avons ajouté à la ration facteur de la « maladie chronaxique » depuis longtemps installée 1 mg. de vitamine B_1 qui a rapidement ramené à la normale (22 sigma) la courbe chronaxique. Cette vitamine étant supprimée, la courbe est revenue à son point de départ (2 sigma, 1 sigma).

Il est donc probable que c'est une carence « a minima » en aneurine (la ration étant par ailleurs équilibrée) qui est responsable de la « maladie chronaxique ». Mais cette carence s'est montrée insuffisante pour provoquer les manifestations typiques du béribéri expérimental. Elle a seulement permis le maintien de la dystrophie au stade inapparent.

II. — La « maladie chronaxique » en dehors des régimes déséquilibrés.

Des expériences antérieures de G. Mouriquand, G. Morin et M[lle] Czerskowska (*Société de Biologie de Lyon*, 17 Avril 1939) avaient montré que l'extrait thyroïdien précipitant les accidents de la carence B (complexe) agissait précocement sur elle comme « facteur de révélation ». Ces auteurs avaient également vu que l'extrait thyroïdien abaissait rapidement la courbe de la chronaxie vestibulaire des pigeons soumis au régime normal équilibré, sans toutefois faire apparaître chez eux de manifestations du type béribérique ou autre, fait confirmé par de nouvelles recherches[6].

Une goutte de la solution de thyroxine (Roche) =62 gamma provoque en vingt-quatre heures une chute chronaxique de 22 à 2 ou 1 sigma. Si la dose est unique, la courbe tend à remonter progressivement à son niveau normal. Si la dose est quotidiennement maintenue le niveau chronaxique reste en permanence au plus bas, évoluant entre 3 et 1 sigma. Mais les animaux non seulement ne présentent pas, même au bout d'un long temps, de manifestations nerveuses, mais gardent toutes les apparences de la santé, (vol spontané normal, appétit, etc.).

Nous avons donc également créé par cette nouvelle technique une véritable « maladie chronaxique » comparable à celle relevant de l'alimentation exclusive au pain à 85 pour 100 et 98 pour 100 et aux biscuits. Mais dans ce dernier cas au lieu de parvenir lentement au niveau chronaxique le plus bas, celui-ci est atteint environ en vingt-quatre heures chez le pigeon et en trente heures chez l'enfant[7].

Maladie chronaxique et épreuve du vol forcé. La mort dans la maladie chronaxique. — Nous nous sommes demandé si certains « facteurs de révélation » ne mettraient pas au jour cette dystrophie nerveuse, cliniquement inapparente, caractérisée jusqu'à plus ample informé par le seul test « chronaxique ».

Tous nos pigeons atteints de « maladie chronaxique », rappelons-le, ont présenté un vol normal, spontané, au point que certains se sont enfuis par la fenêtre du laboratoire laissée ouverte.

Mais nous avons voulu nous rendre compte si un vol prolongé et imposé ne révélerait pas une « déficience » de leur résistance nerveuse.

Le pigeon prend son vol dans une vaste salle; dès qu'il cherche à se poser, on l'oblige à le reprendre. Un pigeon normal, et mieux encore un pigeon normal ayant reçu de fortes doses d'aneurine, ne présente des signes de fatigue (arrêt progressif du vol, dyspnée, etc.) qu'au bout de dix minutes environ. Les pigeons atteints de maladie chronaxique ont mal supporté l'épreuve du vol. Au bout de quelques minutes ils tombent en proie à une vive dyspnée et certains d'entre eux meurent rapidement sans présenter jamais de manifestations du type béribérique.

L'épreuve du « vol forcé » révèle donc une grande déficience du dynamisme nerveux absolument inapparente dans les conditions de la vie habituelle de l'animal.

Nous avons chez les pigeons normaux ou atteints

---

1. Le terme de « chronaxie vestibulaire » a été critiqué (L. Lapicque), on peut lui substituer (Bourguignon) celui d' « indice chronologique vestibulaire ». Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point. *La Presse Médicale*, 19 Septembre 1942, 578.

D'autre part, nous poursuivons des recherches pour préciser s'il existe parallèlement au trouble de la chronaxie vestibulaire un trouble de la chronaxie nerveuse et musculaire. R. Lecoq, P. Chauchard et M[lle] Mazoué (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 8 Juin 1943, **127**, n[os] 21 et 22) ont rencontré un trouble chronaxique nerveux et musculaire pur, comme signe de précarence du rachitisme expérimental qu'ils mettent en parallèle avec « l'avitaminose B1 purement chronaxique de Mouriquand et Coisnard ».

2. Nos premières recherches sur la « maladie chronaxique » sont relatées *in La Presse Médicale*, 19 Septembre 1942, n° 42, 578; *La Presse Médicale*, 16 Octobre 1942, n° 46 et *Société de Biologie de Lyon*, 6 Janvier et 29 Juin 1942.

3. G. Mouriquand, J. Coisnard et M[me] V. Edel : Le pain et la vitamine B1. *La Presse Médicale*, 28 Novembre 1942, n° 31, 727.

4. Voir *La Presse Médicale*, 15 Septembre 1942, n° 42, 578.

5. G. Mouriquand : Dystrophie inapparente et facteurs de révélation. *La Presse Médicale*, 7 Mars 1934.

6. G. Mouriquand, J. Coisnard et M[me] V. Edel : Thyroxine et chronaxie vestibulaire du pigeon. *Société de Biologie de Lyon*, 15 Mars 1943.

7. Des expériences en cours (sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement) nous indiquent que, à côté de la thyroxine, d'autres substances sont capables de provoquer, elles aussi, une « maladie chronaxique », en particulier l'acide acétyl-salicylique. G. Mouriquand et J. Coisnard. *Académie de Médecine*, 11 Juillet 1944.

de « maladie chronaxique » recherché l'état de leur « chronaxie vestibulaire » avant et après cette épreuve. Celle-ci l'abaisse profondément, même chez les normaux ayant ou non reçu des injections répétées d'aneurine.

Chez les pigeons atteints de « maladie chronaxique » qui sont déjà à 3, 2, 1 sigma la baisse chronaxique est également observée et tombe dans certains cas si bas, au-dessous de la normale, qu'elle devient impossible à apprécier. En outre la récupération se fait beaucoup plus lentement si l'animal survit.

On peut se demander si cette grave plongée « chronaxique » au-dessous de 1 sigma n'est pas un des facteurs responsables de la mort qui suit le vol « forcé ».

Maladie chronaxique humaine.

Après nos études expérimentales chez le pigeon nous avons cherché à déceler la maladie chronaxique de l'enfant et de l'adulte. Nous nous sommes servis de la technique de G. Bourguignon [8].

Notons d'abord que nous ne possédons aucun document personnel en ce qui concerne la baisse chronaxique vestibulaire chez les sujets carencés.

Par contre nous avons pu apprécier chez l'enfant l'action de la thyroxine sur la chronaxie vestibulaire. Celle-ci est absolument comparable à celle observée chez le pigeon.

Chez 5 enfants ayant reçu 1 *mg.* de thyroxine, la chronaxie vestibulaire fit une chute rapide en vingt-quatre heures à 2, 1 sigma et s'est maintenue à ce niveau pendant tout le temps où la thyroxine a été donnée (normale de 12 à 20 sigma). Nous avons créé ainsi chez eux une véritable « maladie chronaxique » sans trouble apparent de la santé générale, sans signe d'intoxication (pouls, tension normale) et sans manifestation nerveuse.

En supprimant la thyroxine nous avons vu, comme chez le pigeon, leur courbe chronaxique revenir progressivement à son niveau normal.

Nous n'avons naturellement pas soumis ces sujets dont la chronaxie vestibulaire était ainsi abaissée à l'épreuve de force à laquelle nous avions soumis nos pigeons. Mais en raison du parallélisme rigoureux existant entre les manifestations expérimentales et les manifestations cliniques, il n'est pas exclu de penser que l'équilibre nerveux de pareils sujets pourrait être menacé si un surmenage leur était imposé.

Il est permis de rappeler que la mort brusque a été observée chez les sujets carencés, notamment après un surmenage musculaire et même en dehors de lui. Comme Gounelle, Barbier, etc. l'ont montré, une telle mort paraît le plus souvent liée à l'hypoglycémie. Mais (G. Mouriquand, *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, Février 1943) cette hypoglycémie (d'ailleurs inconstante) n'est qu'un des éléments, un témoin du déséquilibre nutritif général.

La recherche de la chronaxie vestibulaire chez de tels sujets fournirait sans doute de nouveaux éléments d'appréciation de ce déséquilibre.

Prévention et traitement de la maladie chronaxique.

Nous avons cherché à prévenir et à traiter cette « maladie chronaxique ».

En ce qui concerne celle liée à la carence « a minima » d'aneurine, l'adjonction de cette substance à un régime même légèrement carencé (type pain à 85 pour 100, 98 pour 100, biscuits) s'impose donc.

Il est possible que le rapide abaissement de la chronaxie vestibulaire soit à l'origine de certains accidents présentés par les sujets thyroxinés. D'autre part la « maladie chronaxique » que crée cette substance, si son emploi est poursuivi, peut être à la base du déséquilibre qui pourrait trouver (comme chez le pigeon) leur expression clinique en cas de surmenage musculaire.

Il importait de se demander s'il n'était pas possible de freiner l'action déprimante de la thyroxine sur la chronaxie vestibulaire en lui opposant une substance élevant cette chronaxie.

Nos recherches tant expérimentales que cliniques [9] et [10] nous ont montré que la vitamine B_1, à des doses déterminées, freine l'action de la thyroxine. Un freinage identique est observé chez l'enfant soumis à la thyroxine $+ B_1$ [11].

La vitamine B_1 à dose convenable, et que nous avons pu préciser, écarte donc la « maladie chronaxique » tant en ce qui concerne celle qui relève de carences diverses que celle liée à l'emploi de certains médicaments (thyroxine, acide acétyl-salicylique, etc. Il y a là une indication thérapeutique importante, non seulement dans les cas de carence alimentaire mais en dehors d'eux.

8. M. Bourguignon, à qui nous devons de beaux travaux sur la chronaxie nerveuse et sur la chronaxie vestibulaire, a bien voulu apprendre à l'un de nous la technique de cette dernière. Nous l'en remercions sincèrement.

9. G. Mouriquand, J. Coisnard et Mme V. Edel : Sur le freinage de la chute chronaxique vestibulaire due à la thyroxine par la vitamine B1. *Société de Biologie de Lyon*, Janvier 1944.

10. G. Mouriquand, J. Coisnard et Mme V. Edel : Hormones et Vitamines. Sur l'antagonisme thyroxine-vitamine B1. *La Presse Médicale*, 13 Novembre 1943, n° 42, 617.

11. G. Mouriquand et J. Coisnard : *Lyon-Médical*, 9 Avril 1944.

SUR LES AMÉLIORATIONS A APPORTER A LA TECHNIQUE

DE VACCINATION ANTITUBERCULEUSE PAR LE BCG AU MOYEN DE SCARIFICATIONS CUTANÉES

PAR MM.

L. NÈGRE et J. BRETEY

(Paris)

La technique de vaccination antituberculeuse par la voie cutanée est entrée dans la pratique courante depuis qu'en 1939 S. R. Rosenthal s'est servi de piqûres multiples de la peau pour introduire le BCG dans l'organisme. Peu après, nous avons confirmé les résultats de cet auteur au point de vue de l'apparition de l'allergie chez les animaux vaccinés par cette méthode et nous avons montré l'efficacité aussi bien des scarifications que des piqûres dans l'établissement de l'allergie et de l'immunité.

En Norvège, K. Birkhaug a utilisé la technique des piqûres. Au lieu de faire, comme S. R. Rosenthal, avec une aiguille 35 piqûres assez longues à exécuter, K. Birkhaug s'est servi d'une fourchette portant 8 aiguilles tranchantes de phonographe qu'il faisait pénétrer à 5 reprises dans la peau enduite de la suspension vaccinale. Il a prémuni de cette façon, à Bergen, plus de 5.000 personnes et il a obtenu, dans le délai de deux mois, 98 pour 100 de réactions positives à une injection intradermique de 1 *mg.* de tuberculine. Mais comme les résultats obtenus par les médecins norvégiens n'ont pas été aussi favorables que les siens, K. Birkhaug a fait construire un nouvel appareil automatique qui porte 48 aiguilles de phonographe sur une plaque métallique. (Un appareil semblable portant seulement 24 aiguilles est utilisé pour la vaccination des enfants.) Par le déclenchement d'un ressort, les aiguilles traversent les trous perforés d'une autre plaque appliquée sur la peau et pénètrent dans le derme, entraînant avec elles les bacilles BCG qui ont été préalablement déposés sur la surface cutanée. Avec cet appareil, Birkhaug a obtenu la même proportion de réactions à la tuberculine qu'avec celui utilisé en premier lieu, et les médecins qui l'emploient s'en déclarent très satisfaits.

En France, tous les médecins qui à la suite de B. Weill-Hallé ont fait des vaccinations par la voie cutanée se sont servi, comme lui, des scarifications effectuées au nombre de 6 sur 1 *cm.* de longueur.

Puisque nos recherches expérimentales et les essais de vaccination qui ont été effectués en clinique humaine prouvent que les scarifications donnent les mêmes résultats que les piqûres, il nous semble qu'il y a tout intérêt à pratiquer plutôt les premières : les médecins ont l'habitude de les employer pour les cuti-réactions à la tuberculine et la vaccination antivariolique, et les familles y sont accoutumées. Mais, de même qu'en Norvège, une certaine irrégularité a été observée dans les résultats obtenus, spécialement chez les adolescents et les adultes.

Nous sommes persuadés que cette irrégularité n'est pas imputable à une déficience de la méthode, mais à la façon dont cette dernière est appliquée. Nous avons donc essayé de perfectionner la technique de la vaccination par scarifications cutanées.

Il faut d'abord insister sur un point essentiel. Contrairement à ce qui a été dit en premier lieu, la brèche de 1 *cm.* de longueur faite par le vaccinostyle dans le derme doit être assez profonde pour qu'elle produise un léger saignement. Le sang ne doit pas couler abondamment car, dans ce cas, il entraîne la suspension vaccinale, mais il doit apparaître sur le trait de scarification. D'autre part, au moment où les gouttes de l'émulsion sont déposées sur la peau, il faut bien maintenir le membre immobile et horizontal pour que le liquide ne glisse pas sur la pente et que la masse bacillaire qu'il contient reste en contact avec la plaie ouverte par le vaccinostyle.

Comme nous l'avons montré chez le cobaye vacciné par la voie cutanée, deux autres facteurs très importants jouent un rôle dans l'apparition de l'allergie : la multiplication du nombre des portes d'entrée des bacilles et la concentration de la suspension vaccinale. Si pour une suspension déterminée, 6 traits de scarification donnent après un mois 50 pour 100 de réactions à la tuberculine positives, 30 traits provoquent l'apparition de l'allergie dans 85 pour 100 des cas au bout du même délai. De même, à nombre égal de scarifications (1 trait de 7 *mm.*), lorsque la suspension employée est 20 fois plus riche en germes (100 *mg.* au lieu de 5 *mg.*), l'allergie apparaît plus précocement : 100 pour 100 de réactions positives après vingt-cinq jours au lieu de 50 pour 100.

Dans la prémunition humaine, il n'est pas possible de trop multiplier le nombre des scarifications et de pratiquer couramment un véritable grillage de traits, comme ont essayé de le faire certains médecins. Il nous semble que, pour ne pas rebuter les familles, il est préférable de ne pas dépasser les 6 scarifications qui sont préconisées par l'Instruction de l'Institut Pasteur. D'après ce que nous avons vu chez le cobaye, il y a d'ailleurs plus d'intérêt à augmenter la richesse en germes de la suspension vaccinale qu'à multiplier le nombre des traits de scarification. La concentration de la suspension de BCG ne peut être limitée que par la trop grande intensité des réactions cutanées locales qu'elle est susceptible de provoquer.

L'attention de l'Institut Pasteur avait été déjà attirée sur ce point puisque, après des essais faits par B. Weill-Hallé et Mlle M.-A Lagroua, C. Guérin s'est décidé, au moment où la technique de vaccination par scarifications cutanées a été introduite dans la pratique courante, à élever de 5 *mg.* à 20 *mg.* par centimètre cube la teneur en germes de la suspension de BCG délivrée aux médecins. Il nous a paru nécessaire de reprendre l'étude de cette question en employant des suspensions de BCG dosées à 50 *mg.*, 75 *mg.* et 100 *mg.* par centimètre cube.

Nos essais de vaccination avec des suspensions de BCG concentrées ont d'abord porté sur des enfants de 3 à 17 ans et sur des adultes anergiques. Ils ont été effectués dans les Asiles John Bost, à La Force (Dordogne), grâce au concours que M. H. Rey Lescure, médecin-directeur de cet établissement, a bien voulu nous prêter et dont nous tenons à le remercier. Ces essais nous ont montré que sans augmenter d'une façon appréciable l'intensité des réactions cutanées locales et la durée de leur évolution et sans provoquer le moindre incident, on peut, par l'emploi de ces suspensions concentrées, hâter l'apparition de l'allergie : chez les enfants vaccinés avec la suspension contenant 50 *mg.* de germes par centimètre cube, en pratiquant 6 scarifications de 1 *cm.* de longueur, nous avons obtenu en cinq semaines 90 pour 100 de cuti-réactions à la tuberculine positives au lieu de 63 pour 100 avec la suspension à 20 *mg.* ; chez l'adulte vacciné avec la suspension à 100 *mg.*, la proportion des sujets réagissant à la tuberculine par cuti-réaction a été

de 85 pour 100 en cinq semaines et de 100 pour 100 en deux mois, ce qui n'a jamais été observé avec la suspension à 20 *mg*.

Nous avons, d'autre part, constaté qu'à concentration égale de la suspension vaccinale (50 *mg*. de germes par centimètre cube) les réactions cutanées locales sont plus prononcées chez les adultes que chez les enfants.

Pour l'enfant nouveau-né, ces recherches avaient moins d'intérêt que pour les enfants plus âgés et les adultes, car chez lui, après la vaccination par 6 scarifications de 1 *cm*. avec la suspension contenant 20 *mg*. de BCG par centimètre cube, l'allergie apparaît avec une assez grande régularité. Mais les réactions cutanées locales ne se produisent parfois pas et on ne peut s'empêcher de penser que leur formation joue un rôle qui n'est pas négligeable dans l'importance et la durée de l'allergie et de l'immunité.

Nous avons voulu nous rendre compte si dans la vaccination du nouveau-né, l'emploi d'une suspension plus concentrée de BCG permettrait de diminuer le nombre des scarifications sans nuire au succès de la méthode et si les réactions cutanées locales se produiraient régulièrement sans atteindre une trop grande intensité. Ces essais ont été effectués à la Maternité de Port-Royal. Nous exprimons toute notre reconnaissance à M. Lacomme de l'accueil que nous avons reçu dans son service, et à M. J. Debray des cuti-réactions à la tuberculine qu'il a bien voulu pratiquer chez les enfants qui lui ont été présentés à la consultation des nourrissons. Ceux-ci ont été vaccinés avec une suspension de BCG contenant 75 *mg*. de germes par centimètre cube, les uns avec 2 scarifications de 1 *cm*., les autres avec 3 scarifications de la même longueur.

Tous les enfants vaccinés avec 2 ou 3 scarifications que nous avons pu éprouver par une cuti-réaction à la tuberculine ont, sauf un, réagi positivement à cette substance d'une façon absolument nette et dans les mêmes délais qu'en pratiquant 6 scarifications avec la suspension à 20 *mg*. par centimètre cube, c'est-à-dire en six ou huit semaines. Les réactions cutanées locales provoquées par le BCG au niveau des scarifications qui ont apparu vers la troisième à la quatrième semaine après la vaccination ont été légèrement plus marquées que chez les enfants vaccinés avec la suspension à 20 *mg*. de germes par centimètre cube. Le trait de scarification était plus surélevé et un peu plus rosé. Il n'y a pas eu le moindre incident. D'autre part, chez le nouveau-né comme chez les enfants plus âgés et les adultes, les réactions cutanées locales ont régulièrement apparu après la vaccination avec les suspensions concentrées en présentant toujours la même intensité.

Ces résultats appellent quelques réflexions, surtout après le très intéressant article de MM. A. Courcoux, P. Boulenger et A. C. Maclouf sur la prémunition antituberculeuse par le BCG en scarifications cutanées dont nous avons pris connaissance après que le nôtre avait été rédigé.

Comme nous, nos collègues ont été frappés par les variations assez considérables des statistiques fournies par certains auteurs sur l'apparition de l'allergie après la vaccination par cette méthode. D'après eux, ces résultats discordants peuvent provenir soit de la technique de vaccination, soit de la façon dont est recherchée et appréciée la sensibilité à la tuberculine.

En ce qui concerne la technique, Courcoux, Boulenger et Maclouf ont cherché à vérifier l'importance des portes d'entrée du bacille, leurs recherches ayant été faites à un moment où nous n'avions pas encore augmenté la concentration du BCG-SP.

L'ensemble de leurs résultats leur a montré que la longueur ou, ce qui revient au même, le nombre des scarifications intervient pour une bonne part dans la rapidité de la production de l'allergie. Au trente-septième jour après la vaccination chez 26 jeunes filles ayant reçu des scarifications d'une longueur totale de 3 à 7 *cm*., ils ont eu 50 pour 100 d'intradermo-réactions à 1 *cg*. de tuberculine positives ; chez 31 jeunes filles ayant reçu des scarifications d'une longueur totale de 12 à 24 *cm*., 71 pour 100 ont réagi positivement à la même épreuve.

Mais il ressort de nos recherches sur le cobaye et sur l'homme que la richesse en germes de la suspension employée pour la vaccination a encore plus d'importance que le nombre des scarifications. Nos statistiques de réactions allergiques révélées non par intradermo-réaction à 1 *cg*. de tuberculine mais par simple cuti-réaction montrent que par l'emploi d'une suspension de BCG à 100 *mg*. par centimètre cube avec 6 à 9 *cm*. de portes d'entrée, la proportion des réactions positives est beaucoup plus élevée qu'avec 12 à 24 *cm*. de scarifications et la suspension à 20 *mg*.

Aussi ne sommes-nous pas aussi convaincus que MM. Courcoux, Boulenger et Maclouf de la nécessité d'utiliser exclusivement pour la recherche de l'allergie cutanée consécutive à la vaccination par le BCG une dose forte de tuberculine (1 *cg*.) introduite par voie intradermique. Ils ont sans doute raison pour toutes les épreuves effectuées dans les collectivités par des médecins avertis, en général phtisiologues. Mais dans la pratique courante, vouloir imposer aux praticiens l'intradermo-réaction à la tuberculine à la place de la cuti-réaction risque de les éloigner complètement du contrôle de la vaccination par l'allergie à cause des complications entraînées par l'usage d'une seringue et d'une aiguille [1].

Il ressort de tous ces faits qu'il y a tout intérêt, dans la pratique de la vaccination antituberculeuse par le BCG au moyen de scarifications cutanées, à employer une suspension de germes plus concentrée que celle utilisée jusqu'à présent et contenant de 75 à 100 *mg*. de bacilles par centimètre cube.

Cette suspension a l'avantage de provoquer régulièrement, dans les mêmes délais qu'avec les suspensions moins concentrées, c'est-à-dire en trois ou quatre semaines, des réactions cutanées locales qui, bien que légèrement plus prononcées, évoluent de la même façon et présentent la même innocuité que lorsqu'on utilise moins de germes. Chez le grand enfant et chez l'adulte elle permettra d'obtenir l'apparition de l'allergie d'une façon plus précoce et plus régulière que la suspension employée actuellement et elle donnera chez le nouveau-né la possibilité de réduire éventuellement le nombre des scarifications, avec en outre l'avantage de produire régulièrement la formation des réactions cutanées locales.

C'est cette suspension plus concentrée en germes qui sera désormais délivrée aux médecins pour la vaccination par la voie cutanée sous le nom de BCG-SP.

Chez les enfants autres que les nouveau-nés et adultes anergiques, elle sera administrée par 6 scarifications de 1 *cm*. à 1 *cm*. 1/2 qu'on fera suffisamment profondes pour qu'elles saignent légèrement.

Chez le nouveau-né, les scarifications seront pratiquées de la même façon mais on pourra réduire leur nombre à 3 ou 4.

(*Institut Pasteur, Laboratoires de recherches sur la tuberculose.*)

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons, à cause du manque de place, que les principales références bibliographiques.

COURCOUX, BOULENGER et MACLOUF : *La Presse Médicale*, 20 Mai 1944, 147. — NÈGRE et BRETEY : *Vaccination par le BCG par scarifications cutanées* (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1942. — ROSENTHAL : *Am. Rev. Tub.*, 1939, **39**, 128. — WEILL-HALLÉ et Mlle LAGROUA : *La vaccination contre la tuberculose par le BCG* (*Doin*, édit.), Paris, 1942.

1. En ce qui concerne les limites d'utilisation du vaccin, nous tenons à préciser que les dates indiquées sur chaque boîte fixent un délai amplement suffisant pour que le vaccin soit employé dans des conditions satisfaisantes. Il est naturellement préférable, surtout dans les circonstances actuelles, de l'utiliser le plus tôt possible après sa réception.

LE TRAITEMENT DU ZONA ET DES ALGIES ZOSTÉRIENNES

PAR LES ANTI-HISTAMINIQUES DE SYNTHÈSE

Par **J. SIGWALD**

(Paris)

La constatation de l'élévation du taux de l'histaminémie au cours du zona nous a incité à utiliser les antihistaminiques de synthèse dans le traitement de cette affection; les résultats nous ont paru favorables. La durée de l'éruption semble raccourcie, son étendue limitée, sa cicatrisation plus rapide; les algies zostériennes récentes semblent céder, dans des délais plus courts que la régression spontanée, à cette thérapeutique qui d'ailleurs comporte des échecs. Le fait que le zona est une maladie capricieuse, irrégulière, dont les séquelles douloureuses, parfois si redoutables, sont susceptibles de guérir spontanément ou après les traitements les plus divers, doit nous rendre prudent dans l'interprétation des résultats. Cette réserve étant faite, l'action des antihistaminiques nous a paru intéressante à faire connaître.

Les quelques dosages d'histamine faits au cours de l'éruption du zona ont montré une augmentation, peu considérable d'ailleurs, de l'histamine sanguine. Alors que normalement son taux dans le sang est compris entre 60 et 80 γ par litre, les chiffres suivants ont été constatés : 170 γ, 115 γ, 57 γ et 65 γ dans des cas étudiés par Pellerat (cités dans la thèse de Badel : *Contribution à l'étude de l'histamine en dermatologie*, Lyon 1943), et 100 γ dans un cas personnel.

Nous avons eu à notre disposition 30 observations de zona de toutes formes, discrètes ou confluentes, algiques ou indolentes, récentes ou tardives. (Nous remercions M. Perrault, P. Durel, Pellerat, Boncour, Léger et Bourdin qui nous en ont communiqué quelques-unes.)

Deux antihistaminiques ont été utilisés: le 2339 RP, chlorhydrate du N-diméthylaminoéthyl-N-benzylaniline, et le 2786 RP chlorhydrate du *d*.diméthylaminoéthyl - N - paramethoxybenzyl - N - α - aminopyridine. Ces deux corps ont été utilisés par voie buccale, et plus exceptionnellement sous forme injectable.

Nous exposerons successivement l'action sur les éléments éruptifs et l'action sur les algies zostériennes.

I. ACTION SUR LES ÉLÉMENTS ÉRUPTIFS.

Il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'action d'une thérapeutique sur une éruption qui comme celle du zona n'a pas une évolution cyclique, reste variable d'un malade à l'autre dans son étendue et sa durée et aboutit spontanément à la cicatrisation et à la guérison. Toutefois, dans quelques cas traités précocement, on peut en saisir l'activité. C'est ainsi que dans un cas traité dès le premier jour, l'éruption avorte à la suite des doses de 0 *g*. 40 de 2786 prises chaque jour pendant quatre jours; l'éruption dont la topographie était typique n'évolue plus ; 2 ou 3 vésicules seulement apparaissent, dont la cicatrisation s'opère rapidement. Dans un autre cas, l'éruption avait débuté en arrière et elle commençait à se développer en avant; un traitement par le 2339 aux doses de 0 *g*. 40, puis 0 *g*. 80, puis 0 *g*. 60 semble amener l'arrêt évolutif de l'éruption en avant, les vésicules restant petites et se desséchant très vite. Chez un autre malade, après un traitement de 2339 à 0 *g*. 60 pendant deux jours, l'éruption paraît tourner court; les vésicules s'affaissent immédiatement, la cicatrisation est rapide. Dans 2 autres cas la cicatrisation est complète en neuf jours, avec des doses respectives de 0 *g*. 60 de 2339 pendant six jours et de 0 *g*. 80 de 2786 pendant sept jours. Dans 5 autres cas, l'évolution des éléments cutanés est hâtée; l'un d'eux a reçu 0 *g*. 10 de 2339 injectable par jour pendant trois jours. L'action est la même, qu'il s'agisse de zonas indolents ou de zonas douloureux.

La douleur locale, cuisante et prurigineuse, qui accompagne habituellement l'éruption, est influencée par les antihistaminiques au même titre que celle-ci;

parfois elle disparaît dès les premières heures du traitement; souvent elle ne s'atténue qu'après plusieurs jours.

L'action des antihistaminiques sur l'éruption et la douleur locale paraît indéniable; malheureusement il est rare d'avoir l'occasion de traiter le zona dès les premiers jours, et nous pensons que la précocité du traitement doit être un facteur de réussite.

II. Action sur les algies zostériennes.

Il faut distinguer nettement les résultats du traitement précoce et ceux du traitement tardif.

Le *traitement précoce*, qui est habituellement institué dans les premiers jours, est celui qui est fait dans le premier mois; dans un cas particulièrement douloureux, il a été commencé le vingt-quatrième jour. Les doses utilisées sont variables, mais en moyenne elles sont de 0 *g.* 60 de 2339 ou de 2786, répétées quotidiennement pendant six à dix jours; des résultats ont été obtenus après deux jours, d'autres après quinze jours seulement. La forme injectable de 2339 ou de 2786 a été utilisée quelquefois.

Observation I. — Mme Pa..., 64 ans. Zona intercostal gauche datant de quelques jours, avec vives douleurs et insomnie. Le 1er Juin 1943 : 2339 (0 *g.* 60); accalmie immédiate des douleurs; le sommeil redevient normal. Le lendemain : 2339 (0 *g.* 60); disparition définitive des douleurs.

Observation II. — M. Ro..., 34 ans. Zona ophtalmique droit avec infiltration œdémateuse inflammatoire de la face datant de quelques jours; douleurs extrêmement vives. Le 26 Février 1943 : 2339 (0 *g.* 60). Dès le lendemain, diminution de l'œdème; les douleurs s'atténuent. Il prend encore 0 *g.* 60 pendant trois jours. Les douleurs disparaissent complètement.

Observation III. — Mme Mar..., 34 ans. Zona thoraco-brachial depuis sept jours. Algies peu vives à caractère causalgique. 2339 (0 *g.* 60) pendant quatre jours; dès le début du traitement les douleurs sont soulagées.

Observation IV. — M. Mon..., 49 ans. Zona lombo-crural gauche datant de deux jours. Douleurs très intenses; insomnie. A partir du 16 Juillet 1942 : 2339 (0 *g.* 60) pendant six jours. Les douleurs s'atténuent dès le troisième jour et disparaissent à la fin du traitement.

Observation V. — Mme M..., 77 ans. Zona intercostal droit. Douleurs atroces jour et nuit; insomnie complète depuis vingt-quatre jours. Aucune action des calmants. A partir du 16 Décembre 1943 : 2339 (0 *g.* 60 pendant deux jours et 0 *g.* 80 pendant onze jours). Dès le septième jour du traitement les douleurs deviennent tolérables, le sommeil revient; à la fin du traitement disparition des douleurs spontanées. Elle conserve quelques douleurs pendant les mouvements, qui guérissent dix jours plus tard.

Observation VI.—Mme Cha..., 83 ans. Zona brachial droit depuis quelques jours. Douleurs intenses. A partir du 22 Décembre 1942 : 2339 (0 *g.* 80) pendant trois jours. Disparition immédiate des douleurs; mais quatre jours plus tard se produit une rechute; un traitement identique par le 2339 à 0 *g.* 80 pendant trois jours amène une sédation complète et définitive.

Observation VII. — M. Bor... Zona ophtalmique datant de quelques jours; douleurs intenses; insomnie complète. Le 14 Février 1944 : 2339 (0 *g.* 20); les douleurs cèdent; mais récidivent les deux jours suivants, malgré 0 *g.* 60. Devant la résistance on donne du 2786 (0 *g.* 60) pendant trois jours; peu d'action. On fait alors en injection sous-cutanée profonde du 2339 (0 *g.* 30, puis 0 *g.* 20) pendant deux jours. Les douleurs diminuent puis disparaissent.

Observation VIII. — Mme Lar..., 67 ans. Zona intercostal survenu un mois avant; violentes douleurs allant en s'accentuant. A partir du 19 Décembre 1943 : 2339 (0 *g.* 60) pendant deux jours, puis 0 *g.* 40. Les douleurs sont alors exacerbées. On donne du 2786 (0 *g.* 30 pendant quatre jours). Les douleurs disparaissent immédiatement et définitivement.

Observation IX. — M. Chap..., 68 ans. Zona lombo-crural. Douleurs vives entraînant une insomnie complète. Dix-neuf jours plus tard, le 19 Octobre 1943 : 2786 (0 *g.* 40, puis 0 *g.* 50, 0 *g.* 60, 0 *g.* 70 et 0 *g.* 80). Les douleurs se calment, le sommeil revient. Pendant sept jours il prend 1 *g.* de 2786. Les douleurs disparaissent complètement; le sommeil redevient normal.

Observation X. — M. Fort..., 78 ans. Zona de la jambe droite depuis deux jours. Douleurs modérées. A partir du 18 Janvier 1944, il prend du 2786 (0 *g.* 60 pendant six jours, puis 0 *g.* 80 pendant cinq jours). Les douleurs disparaissent.

Ainsi dans 10 cas les antihistaminiques 2339 RP et 2786 RP ont eu une action favorable sur les douleurs zostériennes. Réserve faite que de telles douleurs auraient pu s'effacer spontanément, il n'est pas niable que le traitement a dès son commencement amené la diminution des douleurs et le retour du sommeil. Le résultat a duré après sa cessation.

Des *échecs* ont été observés dans 6 cas, mais 2 seulement ont subi un traitement normal, et dans l'un d'eux les douleurs ont été notablement amendées. Dans 1 cas le traitement n'a été institué qu'une journée à la dose de 1 *g.* 60 de 2339; dans 2 autres cas, le traitement n'a été que de quatre jours aux doses de 0 *g.* 80 de 2786; enfin un 4e cas traité au vingt-quatrième jour n'a reçu que trois jours de traitement par le 2339 aux doses de 0 *g.* 40, puis 0 *g.* 80 deux fois; sur le moment les douleurs n'ont pas été influencées, mais elles ont disparu ensuite. Depuis nous avons vu qu'il fallait prolonger le traitement au moins pendant une semaine pour obtenir le soulagement. Aussi attachons-nous moins d'importance à ces insuccès par doses insuffisantes. Nous n'avons que 2 échecs, dont 1 partiel.

Observation XI. — M. Bla..., 47 ans. Zona lombo-abdominal droit; vives douleurs avec insomnie. Le septième jour, le 24 Janvier 1943, il prend du 2339 (0 *g.* 60 pendant sept jours); il éprouve un léger soulagement, mais les douleurs persistent.

Observation XII. — Mme Nouv..., 78 ans. Zona intercostal avec vésicules confluentes ulcérées. Vives douleurs, avec insomnie. Traitée au quatrième jour, le 4 Février 1944, par du 2786 (0 *g.* 40 pendant neuf jours). Cicatrisation rapide des ulcérations. Les douleurs persistant, elle reçoit du 2339 (0 *g.* 30 pendant six jours, puis 0 *g.* 60 pendant quatorze jours). Les douleurs sont très atténuées; le sommeil est revenu. A partir du 7 Mars, elle reçoit du 2786 injectable (0 *g.* 10 pendant quatre jours, puis 0 *g.* 20 pendant deux jours, puis 0 *g.* 30). Les douleurs diminuent. A partir du 16 Mars, elle reprend du 2786 injectable (0 *g.* 40 pendant deux jours et 0 *g.* 50 pendant trois jours). Amélioration des douleurs; disparition des violents accès; mais il persiste une sensation douloureuse intermittente. Ultérieurement des injections intraveineuses de novocaïne répétées 5 fois sont sans effet. Un nouveau traitement par le 2339 (0 *g.* 80 pendant six jours) amène une sédation presque complète.

Le *traitement tardif* a échoué régulièrement. Contre des algies zostériennes datant de quatre mois, le 2339 aux doses de 0 *g.* 80 pendant huit jours n'a amené aucun changement dans l'intensité et la fréquence des douleurs. Il en fut de même d'un zona ancien de six mois traité pendant six jours par le 2339 aux doses de 0 *g.* 60 par jour. Le 2339 administré pendant treize jours à la dose moyenne de 0 *g.* 70 par jour a été inefficace contre des algies zostériennes datant de sept ans. Dans un 4e cas, ancien de trois ans, des doses de 2339 ayant atteint 1 *g.* pendant une semaine ont été inefficaces.

En *conclusion*, le traitement du zona par les antihistaminiques nous paraît intéressant. Si le traitement est précoce, l'éruption est influencée. Dans 16 cas de zonas douloureux, le traitement précoce nous a donné 10 bons résultats, 1 échec total, 1 échec partiel et 4 cas douteux du fait de la brièveté du traitement. Le traitement tardif est constamment inefficace.

Quel est le rôle de l'histamine dans le zona et quel est le mode d'action de la médication antihistaminique ? Etant donné ce que l'on sait du zona, affection neurotrope atteignant électivement les ganglions rachidiens, mais pouvant diffuser dans tout le système nerveux, et entraînant une éruption trophique dans les métamères correspondants, on ne peut attribuer à l'histamine qu'un rôle secondaire. La médication antihistaminique agit d'ailleurs d'une autre manière que dans le traitement des affections allergiques, car il faut répéter et prolonger les doses. C'est pourquoi nous nous demandons si cette série de corps ne possède pas une action antalgique propre. Il est prématuré d'esquisser une interprétation pathogénique de ces faits et nous nous bornons à relater nos constatations thérapeutiques.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'OSTÉOPATHIE DOULOUREUSE ET FISSURAIRE DE LOOSER, MILKMAN

Sous des étiquettes diverses, mais surtout celles de « Syndrome de Looser », « Syndrome de Milkman », on a publié un certain nombre d'observations qui ont comme caractères communs : des douleurs mal localisées, exagérées par le mouvement, une impotence fonctionnelle progressive allant parfois jusqu'à l'immobilisation totale, la découverte radiologique fortuite de fractures spontanées multiples, complètes ou incomplètes, souvent symétriques et de siège atypique, sans déplacement ni crépitation.

Il est intéressant d'essayer de faire le point à la lumière de la quarantaine de cas publiés jusqu'ici et de se demander si ces faits constituent une maladie autonome nouvelle et quelle place elle devrait occuper en nosologie ou s'il est possible de les ranger dans des cadres déjà connus.

C'est l'aspect radiologique qui a d'abord et surtout attiré l'attention et qui constitue l'élément essentiel du syndrome.

Looser, le premier, en 1920, dans un travail anatomo-clinique sur le rachitisme tardif et l'ostéomalacie portant sur 23 observations, signale dans quelques cas, notamment chez une jeune fille de 20 ans atteinte de rachitisme dès l'enfance et chez une grande ostéomalacique puerpérale avec déformations considérables, des images particulières, souvent symétriques en divers points du squelette. Il s'agit soit « d'éclaircissements linéaires de l'os, de fentes en zig-zag, en biais, ou plus rarement en Z », soit « de plages claires de 10 à 15 *mm.* de diamètre ». « Les fragments d'os qui semblent séparés n'ont pas de limites nettes, leurs bords ne sont pas bien tranchés et un peu estompés. »

« Par comparaison avec une fracture réelle, on remarque que les fragments ne présentent jamais l'un par rapport à l'autre une dislocation *ad latus.* »

A l'examen clinique, « pas de mobilité anormale ni de crépitation, parfois une sorte de flexibilité élastique accompagnée d'une légère douleur ».

Kleine, en 1932, dans un article sur les « Signes radiologiques de l'ostéomalacie », parle d'une femme de 30 ans qui présentait des pseudo-fractures du petit trochanter fémoral et de 4 métatarsiens.

L'observation de Michaëlis (1932) concerne un jeune homme de 18 ans dont les accidents débutèrent à la fin de la dernière guerre sur le front Est de l'Autriche en un point où ont été signalés à la même époque un grand nombre d'ostéopathies de carence. Les douleurs, d'abord limitées aux membres inférieurs, s'étendirent au bout de quelques années à tout le squelette et s'accompagnèrent d'une grosse impotence fonctionnelle. Les images radiologiques montraient au niveau du radius des deux côtés, des métacarpiens, des métatarsiens, de l'acromion et de la tête humérale, de l'extrémité inférieure du tibia gauche, des bandes claires transversales complètes ou incomplètes. Le bassin, pas déformé, présentait une incisure au niveau de l'aile externe de l'os iliaque des deux côtés et une fente assez irrégulière intéressant les branches ischio-pubiennes. On remarquait aussi des déformations importantes du col du fémur des deux côtés à type de coxa vara avec vraisemblablement une ancienne fracture avec déplacement du côté gauche. Il y avait en outre en divers points du squelette, notamment au niveau du crâne, des foyers arrondis de décalcification.

L.-A. Milkman, en 1930 puis en 1934, rapporte l'observation d'une institutrice de 43 ans qui présenta pendant de longues années des douleurs d'abord lombaires, puis généralisées à tout le squelette et une gêne de la marche qui finit par la confiner au lit. Sur de nombreuses radiographies échelonnées entre 1927 et 1933, on vit se multiplier jusqu'au nombre de 43 au total des zones linéaires de transparence anormale et des fractures. Certaines d'entre elles donnant lieu ultérieurement à un léger déplacement ou à des angulations. Pas de déformations du bassin, mais de nombreuses vertèbres écrasées. Il propose de considérer cette affection osseuse comme une nouvelle entité morbide sous le nom de « Fractures spontanées multiples symétriques idiopathiques » jusqu'à ce que son étiologie soit précisée.

Le taux normal du calcium et du phosphore sanguin, l'absence de ramollissement des os à l'autopsie

lui font éliminer les diagnostics d'ostéomalacie, de rachitisme tardif et de fragilité osseuse. Les parathyroïdes paraissaient indemnes. L'étiologie était inconnue : la malade ne semblait avoir souffert d'aucune déficience alimentaire et ses conditions hygiéniques de vie était excellentes.

En 1933, M. Debray, André, Thomann et Gireaux présentent à la Société médicale des Hôpitaux « Un cas de fractures spontanées multiples difficile à classer ». L'examen radiologique de cette affection osseuse douloureuse durant depuis dix ans chez une femme de 51 ans montrait l'existence de nombreuses fractures spontanées complètes ou incomplètes des côtes, de l'omoplate gauche, du pubis, des cols fémoraux ; il décèle une décalcification généralisée du squelette et « un processus d'ostéolyse apparaissant soit en zones linéaires, donnant alors l'image d'un trait de fracture, soit en plages arrondies à bords souvent nets qu'il est difficile pourtant d'assimiler aux géodes de la maladie de Recklinghausen ». Il y a en outre tassement des vertèbres lombaires, inflexion et fractures des cols fémoraux.

Depuis, un certain nombre d'auteurs, en majorité français, parmi lesquels il faut citer V. Dall'Acqua, Levi et Bordoli ; G. Guillain, J. Lereboullet et Auzépy ; R. Garein, G. Legrand et P. Bernard ; Leedhman-Green et Campbell, Golding, Leriche et Yung ; P. Lombard et Tillier ; Halbron et J. Bernard ; H. Roger et J. Huguet ; Laignel-Lavastine ; M. Debray, Justin-Besançon, Coste, Dereux, Bocquien, Bureau, de Sèze, H. Bénard, F. Françon, J. Forestier, Barbier, ont apporté de nouvelles observations.

Tous ont été frappés par l'absence de concordance entre les douleurs vagues et généralisées, l'impotence fonctionnelle et le siège des images radiologiques qui sont souvent des découvertes fortuites. Plusieurs malades ont été longtemps considérées comme des rhumatisantes chroniques avant que l'examen radiologique ne révèle la vraie nature de leur maladie.

La multiplicité, la symétrie des stries linéaires, leur siège fréquent sur le bassin, surtout au niveau des branches ilio-pubienne et ischio-pubienne, l'absence de déplacement, de crépitation et de douleurs localisées sont les traits qui font l'originalité du syndrome.

Quelques auteurs, en raison de ces signes et de l'absence de cal apparent, ont pensé qu'il ne s'agissait pas de fractures, mais d'un processus de décalcification ou de résorption osseuse. Looser désigne ces stries transversales sous le nom de zones de reconstruction (umbauzonen) et les considère comme un trouble des mécanismes physiologiques d'apposition et de résorption osseuse. Sous l'influence d'une flexion exagérée, d'une compression de l'os, le vieil os ou os lamellaire se résorbe et à sa place se forme un os réticulé ; il se produit ainsi une sorte de cal sans fracture. Que ce cal se calcifie insuffisamment du fait d'un trouble du métabolisme calcique, la zone de transparence est constituée.

Cependant, avec les fissures purement marginales, coexistent presque toujours de véritables fractures réalisant une solution de continuité entre les deux segments osseux. Le nombre des fractures nous a paru même plus élevé que celui des fissures et, dans bien des cas, il existe des déplacements, des chevauchements et même des angulations.

Milkman en signale au niveau de quelques côtes. Dans une des observations de Françon, « les branches ischio-pubiennes se sont repliées sur ellesmêmes pour pointer en avant ».

Quant aux cals, ils sont formellement signalés par plusieurs auteurs, notamment par Looser, Milkman, Lombard et Tillier ; Laignel-Lavastine, Gaultier et Paugam ; H. Bénard, P. Rambert, M. Deparis et Mlle Horn ; Forestier ; de Sèze.

Le siège anormal et la symétrie des fractures qui a beaucoup intrigué les chirurgiens, s'expliquent probablement par des raisons purement mécaniques. Ces fractures, que l'on voit quelquefois progresser sur des radiographies successives, ne sont pas traumatiques et leur emplacement est conditionné soit par des insertions musculaires, soit par des courbures de l'os, soit par la répartition des lignes de forces. Cette hypothèse se trouve vérifiée par les constatations de Lexer, Bier et Martin, Seeliger, Leveuf et Justin-Besançon qui ont vu des greffons placés au niveau de la fissure se fracturer exactement au même endroit.

Les lésions anatomiques correspondant aux images radiologiques sont restées longtemps imprécises. Sur les biopsies faites chez son malade, Michaëlis se déclare incapable de conclure : « le tissu est gonflé, mal colorable ». Schmorl, Pick affirment qu'il n'existe pas de « zone de reconstruction », lésion caractéristique de Looser. Dans un cas parisien d'ostéopathie de famine, Justin-Besançon et Delarue ont constaté sur un fragment biopsique l'aspect « d'un cal osseux avec sa moelle osseuse très fibreuse et ses travées ostéoïdes disposées en tout sens et non calcifiées ».

L'aspect atypique de ces fractures incomplètes ou complètes tient au fait qu'elles surviennent sur un squelette profondément décalcifié et sans traumatisme. Celà explique l'absence de déplacement et de cal apparent dans un grand nombre de cas.

Ces images radiologiques s'observent dans d'autres affections osseuses lorsque des conditions analogues sont réalisées : elles n'appartiennent pas exclusivement au syndrome de Looser-Milkman et ne sauraient en constituer un signe pathognomonique. Looser, déjà, qui décrivait ce symptôme dans des cas classés par lui comme « rachitisme tardif » ou « ostéomalacie », considérait qu'il pouvait s'observer « dans les cas graves d'ostéopathie de la faim ». Il a été décrit par Kienbock, par Zesas dans l'ostéopsathyrose, par Bela Alexander dans la syphilis congénitale. Nous l'avons observé dans la fragilité osseuse congénitale (dysplasie périostale ou ostéogénèse imparfaite), Marquézy et Mlle Bach l'ont constaté dans un cas d'ostéomalacie infantile.

* * *

Le syndrome de Milkman constitue par contre un ensemble clinique assez homogène qui justifie l'opinion de quelques auteurs d'en faire une maladie autonome.

Dans la majorité des cas il s'observe chez des femmes approchant la soixantaine, parmi lesquelles se trouve un nombre important de religieuses.

Le début est insidieux, par des douleurs imprécises dans les lombes ou les cuisses, exagérées par le mouvement. Elles s'accompagnent d'une gêne fonctionnelle progressive, les malades ont de la peine à se lever, à s'accroupir ; la marche devient pénible, surtout la mise en route ; elle se fait à petits pas traînants, souvent en canard. Après plusieurs années d'évolution, ces femmes deviennent des grabataires.

On pense à du rhumatisme chronique. Mais les thérapeutiques sont inefficaces.

C'est souvent fortuitement et à distance des régions douloureuses que l'examen radiologique révèle l'existence de fissures et de fractures latentes, souvent multiples et symétriques. Elles sont l'élément le plus frappant d'une ostéopathie généralisée caractérisée, en outre, par les douleurs, une décalcification diffuse et la déformation de quelques pièces squelettiques.

La transparence anormale des os, la décalcification généralisée ou localisée sont signalées dans tous les cas et souvent intenses ; de Sèze parle d'ostéoporose vertébrale. Dans plusieurs observations sont rapportées des irrégularités des travées osseuses (M. Debray), des zones de raréfaction en aires (Looser), plages (Maurice Debray) ou lacunes (Laignel-Lavastine, Coste). Dans un cas, on a même porté le diagnostic de kystes osseux (Forestier III) ; dans un autre, on parle d'aspect pagétoïde du tibia dont la partie centrale était décalcifiée et les bords épaissis (Nicaud).

Plusieurs malades ont vu leur taille diminuer par tassement, soit par cyphose ou cyphoscoliose (Françon I et II, de Sèze II, Forestier III), soit par aplatissement des corps vertébraux (Milkman, Debray, H. Roger, Françon II). Le bassin paraît parfois déformé, aplati, triangulaire (de Sèze I) ou en cœur de carte à jouer (Dall'Acqua, Françon I) avec enfoncement ou protrusion acétabulaire (de Sèze I, Forestier II). La tête fémorale peut être déformée ou ovalisée (Françon I), le col en coxa vara (Michaëlis, Maurice Debray).

Les premières observations ont été faites à la fin de la guerre 1914-18 en Autriche, où avaient sévi durement les restrictions alimentaires. Quelques cas récents appartiennent sans aucun doute à ces ostéopathies de famine décrites par les auteurs autrichiens et allemands en 1919 (Edelmann, Schlesinger, Porges et Wagner, Schiff, Wenckebach, Alwe, W.-V. Simon, Fromme, Seeliger, etc.) qui semblent se multiplier en France pour les mêmes raisons (J. Decourt, H. Coste), et dont Justin-Besançon a donné récemment une excellente description.

Chez d'autres sujets, il n'y a pas de carence alimentaire apparente, encore que l'on puisse supposer que les régimes soient en ce moment toujours plus ou moins déséquilibrés et pauvres en calcium et en phosphore.

Chez les religieuses et chez un certain nombre de dames âgées, on peut invoquer la claustration, le manque d'air, de soleil et d'exercice, d'autant plus que chez ces malades tout mouvement provoque des douleurs et que la gêne ou l'impotence fonctionnelle les maintiennent de plus en plus enfermées. Les vêtements épais, longs et enveloppants contribuent probablement pour une part importante à les priver de toute radiation solaire.

P. Nicaud et A. Laffitte ont observé chez les ouvriers de l'industrie du cadmium un syndrome pathologique tout à fait voisin et ont très judicieusement pensé que l'intoxication par le cadmium jouait ici le même rôle favorisant sur les lésions osseuses que le strontium ou le magnésium dans le rachitisme expérimental.

Le tableau clinique de l'ostéopathie douloureuse et fissuraire rappelle beaucoup celui de l'ostéomalacie. Comme cette dernière affection, elle est l'apanage à peu près exclusif des femmes.

L'étiologie ne semble donc pas univoque et la profonde décalcification du squelette qui en est l'élément essentiel et en explique la symptomatologie peut relever, comme le rachitisme, de mécanismes pathogéniques différents. A côté de la carence proprement dite par insuffisance d'apport, d'absorption ou d'assimilation des sels minéraux ou par élimination exagérée sous l'influence d'un déséquilibre alimentaire ou de troubles intestinaux, le manque de lumière et de rayons actiniques fixant les sels de chaux sur le squelette, ou une intoxication perturbant le métabolisme minéral, peuvent être invoqués.

Dans quelques cas aucun facteur étiologique n'a pu être mis en évidence et la rareté de l'ostéopathie douloureuse et fissuraire par rapport aux sujets carencés ou insuffisamment insolés, l'apparition de cas isolés dans une communauté soumise aux mêmes modes de vie et d'alimentation incitent à se demander si sa réalisation n'exige pas plusieurs conditions ou si n'intervient pas un état endocrinien favorisant.

Le tableau clinique et l'aspect radiologique rappellent beaucoup ceux de l'ostéomalacie. Dans quelques observations sont cités des déformation du bassin et l'enfoncement de l'acetabulum par la tête fémorale. Cependant, il n'est en général pas signalé de courbures des diaphyses et dans l'autopsie du malade de Milkman, celui-ci précise qu'il n'y avait pas de ramollissement des os et que les segments durent en être coupés à la scie en raison de leur dureté.

Le chimisme humoral ne fournit pas grande indication pathogénique. Dans 6 cas la calcémie était élevée (de 110 à 150 mg. par litre), dans 6 autres elle était normale ou basse (78 à 104). Dans 3 cas la phosphorémie était haute (67 et au-dessus), dans 3 autres, normale (48 à 59), dans 3, basse (16 à 23).

Quant aux phosphatases sanguines on les signale élevées dans 4 cas, normales dans 5, basses dans un autre.

Le métabolisme de base est normal ou légèrement élevé.

Les deux affections sont l'apanage à peu près exclusif du sexe féminin.

Classiquement, l'ostéomalacie est surtout une maladie puerpérale. Peut-être cela tient-il à ce que sous nos climats, en temps normal, gestation et allaitement sont les facteurs majeurs de décalcification. Stapleton, Scott aux Indes, Maxwell en Chine, insistent sur la fréquence de l'ostéomalacie chez la jeune fille en rapport avec les coutumes de

claustration de ces régions. Hess estime qu'existent tous les intermédiaires entre le rachitisme tardif et l'ostéomalacie.

Si les femmes âgées semblent surtout frappées par le syndrome de Looser-Milkman est-ce parce que, chez elles, est plus facilement réalisée actuellement l'association de régime carencé et de claustration ? Ou un déséquilibre endocrinien, ou l'âge, interviennent-ils en ralentissant ou en perturbant le processus normal de perpétuelle reconstruction du tissu osseux, soit par augmentation de la résorption osseuse, soit par insuffisance quantitative ou qualitative de la substance ossifiante qui fixe les sels de chaux ?

On admet en général que l'ostéoporose sénile a des caractères cliniques et anatomiques bien tranchés et, pour Mouriquand, elle ne réagirait pas aux médications fixatrices de calcium et du phosphore, vitamine D et rayons ultra-violets. Mais la sénescence du tissu osseux ne peut-elle exagérer ou révéler les méfaits d'une carence fruste ou relative ?

L'ostéopathie douloureuse et fissuraire de Looser-Milkman-Debray est très proche des ostéopathies de famine et de carence, auxquelles appartiennent indubitablement quelques cas. Pour de nombreux auteurs, notamment Hess, Coste, de Sèze, celles-ci ne sont qu'un chapitre de l'ostéomalacie.

L'absence des incurvations caractéristiques des membres et du ramollissement des os à l'autopsie s'expliquerait alors comme une phase moins évoluée du processus ou une forme fruste.

L'intégrité des parathyroïdes, constatée dans le cas de Milkman, l'action bienfaisante des injections d'hormone parathyroïdienne permettent d'écarter l'ostéose fibrokystique de Recklinghausen par hyperparathyroïdie et de ranger cette affection dans le grand groupe des ostéopathies calciprives.

La remarquable et rapide guérison de tous les symptômes par l'administration de sels de chaux, de vitamine D et de rayons ultra-violets naturels ou artificiels confirme le bien-fondé de cette hypothèse.

Robert Clément.

BIBLIOGRAPHIE

Barbier, Rocher et Rionoet : *Lyon-Méd.*, 9 Mai 1943, 416. — H. Bénaro, P. Rambert, M. Deparis et Mlle Horn : *R. du Rhumat.*, 1944, 11, n° 4, 42. — Y. Boquien et R. Bureau (Nantes) : *S. M. H. P.*, 16 Avril 1943, nos 15-16, 183. — F. Coste (discussion) : *S. M. H. P.*, 6 Novembre 1942. — Dall'Acqua, Lévy et Borooli : *Radiol. med.*, Octobre 1936, vol. 21, 733-749. — M. Debray, André Thomann et Gireaux : *S. M. H. P.*, 7 Juillet 1933, n° 24, 1038. — M. Debray : *S. M. H. P.*, 13 Septembre 1940, n° 33-36, 573. — M. Debray, Alison et J. Husset : *S. M. H. P.*, 30 Octobre 1942. — M. Debray, A. Domart et J. Lecœur : *R. du Rhumat.*, 1942, n° 8, 177. — M. Debray, Mlle Provendier et C. Koupernic : *R. du Rhum.*, 3 Mars 1944, 11, 25. — M. Debray, Mlle Provendier et R. Granier : *S. M. H. P.*, 16 Avril 1943, nos 15-16, 181. — P. Duval et Merle d'Aubigné : *J. de Chir.*, 1936, **47**, 248. — J. Forestier : *Rev. du Rhum.*, 1944, 11, n° 3, 34. — F. Françon : *Diag. et trait.*, Août 1943, **2**, n° 8, 483. — F. Françon, P. Robert et Monnie : *Rev. du Rhum.*, Avril 1944, 11, n° 4, 37. — R. Garcin, G. Legrano et P. Bernard : *S. M. H. P.*, 25 Juin 1937, n° 25, 1166. — Gheilman : *Th. de Lyon*, 1938. — G. Guillain, J. Lereboullet et P. Auzépy : *S. M. H. P.*, 11 Juin 1937, n° 21, 879. — P. Halbron et J. Bernaro : *S. franç. d'Electro.*, Janvier 1938. — A. Hess : *Rachitisme* (Philad.), 1929. — L. Justin-Besançon : *Sujets méd. d'actualité*, (*Doin*), 1943, 168. — Laignel-Lavastine, M. Gaultier et P. Paugam : *S. M. H. P.*, 21 Octobre 1938, n° 28. — Leeoham, Green et Campbell Goloing : *The brit. J. of Surgery*, 25 Juillet 1937, 77. — Leriche et Yung : *Lyon-Chir.*, Janvier 1938. — P. Lombaro et H. Tillier : *Acad. de Chir.*, 2 Mars 1938. — E. Looser : *Corr.-Blatt, f. Schweiz. Aerzte*, 1919, n° 29. — E. Looser : *Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, 1920, 152, 210. — L. Michaelis : *Fortsch. a. d. Gebietedder Rönt.*, 1932, **45**, 187. — L. A. Milkman : Pseudo-fractures (Ostéopathie de la faim. Rachitisme tardif. Ostéomalacie). *Am. J. of Rœntgenologie and Radium therapy*, Juillet 1930. — R. Monier-Vinard : *S. M. H. P.*, 6 Septembre 1940, nos 33-36, 529. — P. Nicaud, A. Lafitte, A. Gros et J.-P. Gautier : *S. M. H. P.*, 5 Juin 1942, nos 17-18-19, 204 ; et *S. M. H. P.*, 5 Juin 1942, 208. — N. Rechad-Belger : *S. M. H. P.*, 6 Novembre 1942, nos 27-29, 392. — H. Roger et J. Hugnet : *S. M. H. P.*, 22 Juillet 1938, n° 26. — S. de Sèze, Monnié et Ordonneau : *S. M. H. P.*, 19 Novembre 1943, nos 32-33-34, 427. — S. de Sèze : *R. du Rhum.*, Mars 1944, **11**, n° 3, 28.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

7 Novembre 1944.

Rapport sur l'état sanitaire des enfants de la région parisienne de Juin 1940 *à Août* 1944. — MM. Lesné et Ribadeau-Dumas, rapporteurs, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, étudient les troubles de croissance et les conséquences pathologiques de la mauvaise et insuffisante alimentation imposée aux enfants de la région parisienne pendant cette période; à côté des diminutions du poids et de la taille, il y a lieu de signaler des troubles dus à des affections du tube digestif, aux carences et aux maladies favorisées par une mauvaise alimentation. La mortalité infantile a fortement augmenté, ce qui, joint à une dénatalité accusée, a singulièrement élevé le chiffre déficitaire de la population infantile de notre pays.

Prophylaxie de la diphtérie au moyen de la vaccination par l'anatoxine diphtérique; l'essor, l'évolution et les résultats de la méthode dans le monde au cours de la période 1939-1944. — M. G. Ramon montre que les résultats obtenus dans tous les pays par la vaccination avec l'anatoxine diphtérique, résultats aussi concordants entre eux que possible, démontrent l'efficacité de cette méthode et prouvent qu'elle est capable d'assurer la prophylaxie individuelle et collective de la diphtérie et de réduire progressivement à néant la mortalité relativement grande qu'entraine encore chez les non-vaccinés, et en dépit de la sérothérapie, cette redoutable toxi-infection.

La diphtérie, maladie épidémique, doit disparaître par la généralisation de la vaccination antidiphtérique. Il appartient aux pouvoirs publics de notre pays d'appliquer effectivement et strictement la loi qui a rendu obligatoire la vaccination par l'anatoxine diphtérique.

— M. Debré insiste sur la nécessité de développer la vaccination, car la morbidité et la mortalité diphtériques augmentent en France depuis 1938 ; mais ce serait une erreur de conclure de cette augmentation à l'inefficacité de la vaccination ; l'augmentation tient pour une part au brassage de la population que les circonstances ont entraîné et pour une autre à une onde épidémique que l'on a constatée aussi dans les autres pays; tous ceux qui ont observé en milieu clos sont convaincus de l'efficacité de la vaccination; toutes les formes de diphtérie ont pu être observées chez les vaccinés mais la mortalité est très faible chez eux. Depuis 1940, beaucoup d'enfants ont été mal vaccinés.

Enquête sur les malades soignés à l'hôpital Necker en 1940-1944. — MM. L. Binet et Conte montrent que l'amaigrissement (10 à 30 kg.) est le signe majeur chez la plupart des malades, d'autant plus marqué qu'il s'agit de sujets plus âgés; il a eu des conséquences chirurgicales: ptoses rénales, prolapsus, hernies ; les glandes endocrines souffrent en premier lieu de cet état déficitaire et l'aménorrhée a été souvent notée; parmi les résultats de laboratoire, on a fréquemment observé un taux de globules rouges entre 3 et 4 millions, une glycémie à 0 g. 80 et une azotémie inférieure à 0 g. 30. Les auteurs insistent sur les infections cutanées, en particulier l'impétigo et la furonculose, l'ulcère digestif singulièrement plus commun, la tuberculose plus fréquente et surtout plus grave, les œdèmes de carence à propos desquels l'existence d'un trouble du métabolisme du soufre est notée et les ostéoses de carence dans lesquelles les troubles du métabolisme calcique s'accompagnent d'avitaminose multiple A et P. Les auteurs soulignent une fois de plus la fréquence et la gravité de l'intoxication oxycarbonée.

Sur un syndrome myasthéniforme survenant chez des chiqueurs. — M. Lhermitte présente une note de MM. Couloujon, Salaün, Houllier et Nun qui ont observé en Avril, dans une ville de l'Ouest, une manière d'épidémie atteignant exclusivement les hommes qui chiquaient et caractérisée par un syndrome rappelant la maladie d'Erb-Goldflam: parésie des extrémités inférieures, puis des bras, enfin de la musculature céphalique, bientôt suivie d'une paralysie temporaire survenant toujours à la fin de la journée; objectivement, on ne notait que quelques modifications des réflexes et surtout une importante hypotonie; la réaction de Jolly manquait; le liquide céphalo-rachidien était normal; tout traitement a échoué sauf la suppressinn absolue de la chique qui amenait une guérison rapide et complète, même dans les cas les plus graves; les malades chiquaient du tabac de la régie, sans substance étrangère.

Élection d'un membre libre. — Classement des candidats : en 1re ligne, Mme Randoin, en 2e ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Herpin, Kling, Lassablière et Logre.

M. Armand-Delille est élu par 40 voix contre 35 à Mme Randoin et 2 à M. Kling.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

8 Novembre 1944.

Décès du professeur J.-L. Faure. — Son éloge est fait par M. le Président.

A propos de l'utilisation de l'ipéca dans le dépistage des causes de grandes sténoses pyloriques. — M. Sénèque montre des images caractéristiques de lésions gastriques après évacuation de l'estomac par l'ipéca.

La gastrectomie avec anastomose à la Péan. — MM. d'Allaines et Dubost apportent l'étude de 36 cas traités par cette technique. Les auteurs commencent par préciser que l'emploi de cette anastomose répond à quelques indications très nettes. Ils réfutent les objections habituelles : la désunion des sutures n'a jamais été observée; la résection gastrique a toujours été suffisante (2/3 à 4/5 de l'estomac) ; les vomissements post-opératoires sont supprimés par les sutures à points séparés et l'aspiration continue systématique ; l'évacuation de la bouche a toujours été correcte, même à longue échéance. Les avantages opératoires sont d'opérer entièrement dans l'étage sus-mésocolique. Les avantages physiologiques sont d'éviter cet escamotage du duodénum qui est le fait des autres techniques. Les auteurs ont fait 46 pour 100 de Péan sur le total de leurs gastrectomies. Une seule mort en 36 heures par infection suraiguë. Les indications ne viennent pas spécialement de l'affection causale, mais les cachectiques à tissus minces et friables ne doivent pas être opérés de cette manière.

En fait c'est l'état du duodénum qui importe : longueur suffisante, épaisseur assez grande.

Il vaut mieux ne pas faire l'opération lorsque le pancréas a pu être intéressé, et spécialement dans les ulcères de la face postérieure de D_1, perforants ou non, et dans les péri-duodénites.

Au point de vue technique deux points intéressants, la vascularisation duodénale se fait surtout par ses bords et par sa face postérieure. Aussi ne faudra-t-il pas séparer le duodénum de son lit pancréatique. Il faut donc mobiliser le bloc duodéno-pancréatique, ce qui est très simple et peut amener le duodénum à gauche de la ligne médiane. Les sutures sont faites à points séparés. L'aspiration est faite ensuite systématiquement pendant 2 jours.

L'examen radiologique ultérieur montre 2 phases : l'estomac récent montre un peu de stase, la bouche est bien déclive, le duodénum est déplacé et de calibre dilaté. L'estomac plus tardif a un aspect variable : si la gastrectomie a été importante, l'estomac se contracte bien, en masse ; si non il a de véritables ondes péristaltiques comme un estomac normal. Plus aucune stase malgré que la bouche semble remontée, sans être jamais rétrécie.

La gastrectomie avec anastomose à la Péan. — M. Mialaret apporte 26 observations. Au point de vue technique il est très important de libérer la grande courbure très loin vers la gauche, ce qui donne du jeu. Il faut faire une section horizontale de l'estomac. Il faut conserver plus d'étoffe gastrique que le calibre duodénal. La suture sera faite à points séparés.

L'examen radiologique montre la fréquence de la dilatation du duodénum qui persiste 1 à 2 mois. Les résultats comportent une mort par désunion. Les autres ont été suivis régulièrement et sont en bon état. L'auteur se range aux indications et contre-indications précédemment posées. Il ne faut cependant pas minimiser les incidents classiques : les fistules sont possibles (2 cas) ; mais l'avantage de la technique est grand puisque le mésocôlon demeure intact. Il est trop tôt pour juger des résultats éloignés; mais l'opération ne mérite pas le discrédit actuel.

— M. Sénèque se demande quel est le chimisme gastrique après Péan.

— M. Banzet avait observé 2 désunions après Péan. Il se montre très satisfait de la technique qu'il emploie et des résultats obtenus par la méthode de Finsterer.

— M. Huet cite 18 cas, dont 3 pour ulcères perforés, avec autant de succès. Le chimisme est modifié dans le sens de l'anachlorhydrie.

— M. Bréchot est d'avis que l'opération de Péan mérite d'être reprise avec plus de fréquence.

152 *observations de plaies viscérales de l'abdomen.* — MM. Baumann et Bourgeon ont eu l'occasion dans la campagne actuelle d'intervenir dans des conditions correctes de rapidité et de lieu. Ils ont opéré presque tous les blessés de l'abdomen, même ceux qui ont été vus tardivement et les éviscérés. Ils font une revue très complète des types anatomo-pathologiques de la clinique et insistent sur l'importance du shock, l'imminence du collapsus vasculaire chez ces blessés. Leurs résultats sont très intéressants.

Ils insistent sur la lutte contre le shock : transfusions massives, injections de plasma. Ils passent ensuite en revue les plaies abdominales, thoraco-abdominales, pelvi-abdominales.

Présentation de microphotographies. — M. Chevassu. 2 cancers du testicule.

Présentation de radiographies. — MM. Rouhier et Vuillième,

J. Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 Novembre 1944.

Un cas de broncholithe d'origine ganglionnaire. Remarques pathogéniques. — MM. Maurice Villaret, L. Justin-Besançon, A. Aubin et P.-Y. Paley rapportent le cas d'une femme de 51 ans chez laquelle ils constatèrent, à la suite d'épisodes pulmonaires aigus bâtards, une expectoration purulente sans bacilles de Koch, avec dyspnée, toux et fièvre intermittente. La radiographie pulmonaire montrait de volumineuses adénopathies calcifiées du hile droit qui se projetaient sur la clarté bronchique. La bronchoscopie a révélé sur la face hilaire de la bronche-souche droite, à 3 *cm.* au-dessous de la bifurcation, une grosse calcification enchâssée profondément dans la muqueuse, d'où on put l'extraire. Une seconde calcification semblable fut expulsée 3 jours après cette bronchoscopie. Une bronchoscopie de contrôle montre un aspect cicatriciel au niveau de la fistulisation. Enfin un radio-lipiodol extériorise une dilatation des bronches manifeste, localisée aux rameaux postéro-inférieurs du lobe inférieur droit.

Les auteurs insistent sur 3 faits :

1° Cette observation semble démonstrative de l'origine ganglionnaire possible, sinon fréquente, des broncholithes. La formation des broncholithes sur place, dans la bronche même, semble peu vraisemblable. Le passage par effraction de calcifications parenchymateuses existe certainement, mais donne issue à des broncholithes dont le volume exigu n'entraîne pas habituellement d'accidents obstructifs.

2° Cette obstruction a donné lieu à des phénomènes de rétention muqueuse en amont qui peuvent expliquer la symptomatologie présentée.

3° La constatation d'une dilatation des bronches localisée au territoire intéressé pousse à croire que celle-ci est due à une compression de l'artère bronchique correspondante par les volumineuses adénopathies calcifiées, ayant entraîné un trouble important de la trophicité bronchique, facteur déclenchant de dilatation des bronches, comme l'ont montré MM. Ameuille, Mézard, J.-M. Lemoine.

Deux cas de perforation bronchique au contact d'un ganglion caséeux. Hémoptysie foudroyante. — MM. P. Ameuille et J. Fauvet. 1° Dans les 2 cas, sujets jeunes chez lesquels on peut fixer à peu près la date de la primo-infection, quoiqu'elle ne soit pas très bien dessinée cliniquement. Dans les 2 cas, l'adénopathie médiastinale a survécu à la primo-infection beaucoup plus qu'il n'est d'usage. On peut même se demander, surtout dans le second cas, si elle n'a pas continué à évoluer longtemps par extension progressive. Dans ce cas-là elle était associée à une atteinte caséeuse massive de toutes les chaînes ganglionnaires viscérales.

2° Dans les 2 cas il y a eu pendant tout le temps de l'évolution une température anormale, de type franchement ondulatoire et une cachexie progressive disproportionnée à l'étendue des lésions pulmonaires. Celles-ci sont apparues assez tardivement dans l'évolution de la maladie. Comme elles siègent anatomiquement dans le territoire d'aération de la bronche ulcérée, on peut se demander laquelle des deux lésions est primitive. Il est difficile de les juger indépendantes.

3° Nous avons été amenés au diagnostic de tuberculose bronchique d'origine ganglionnaire dans le second cas seulement,

pendant la vie, parce que les bacilles apparus dans les crachats ne pouvaient pas provenir des lésions strictement nodulaires des poumons. Le diagnostic a été confirmé sans peine par bronchoscopie.

4° La périadénite caséeuse centrifuge a détruit complètement la bronche et son squelette cartilagineux.

5° Les recherches les plus minutieuses, y compris des coupes microscopiques en série, n'ont pas pu révéler la voie suivie par le sang pour passer dans la bronche au travers du ganglion caséeux et causer l'hémorragie.

Intoxication par le chlorolose. — MM. de Gennes, D. Mahoudeau et H. Bricaire relatent un cas d'intoxication par le chloralose qui se compliqua de collapsus cardio-vasculaire et d'œdème aigu du poumon. La crise d'œdème fut rapidement jugulée par l'injection intraveineuse d'une solution de novocaïne à 1 pour 100. Les auteurs insistent sur le caractère tout à fait exceptionnel d'une telle complication au cours de l'intoxication chloralosique dont le pronostic est généralement très bénin.

Tuberculose aiguë cavitaire du poumon chez un nourrisson de 6 semaines. — MM. Robert Clément, A. Combes-Hamelle et M. Pestel ont observé chez un nourrisson de 6 semaines une tuberculose pulmonaire aiguë ayant débuté par une toux quinteuse émétisante et évolué comme une pneumonie caséeuse avec formation d'une caverne pulmonaire. Malgré le caractère négatif des cuti- et intra-dermo-réactions à la tuberculine, le diagnostic a pu être fait par la radiographie et la constatation de bacilles de Koch dans l'expectoration retirée du tubage gastrique. Il faut souligner le caractère exceptionnel à un si jeune âge de ces faits que n'explique même pas une contamination massive et répétée.

— M. Ribadeau-Dumas estime que de tels faits ne sont pas si rares chez le nourrisson où la tuberculose suit un processus pneumonique.

— M. Armand-Delille rappelle que chez le jeune enfant la tuberculose peut simuler une pneumonie franche typique du sommet.

P.-L. Marie.

SOCIÉTÉ D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE

9 Mai 1944.

Calcifications de la valvule mitrale décelées par l'examen radiologique. — MM. Ledoux-Lebard, Garcia-Calderon et Mlle Marquis présentent 2 observations de calcification de la valvule mitrale décelées par l'examen radiologique et précisent quels sont les caractères des ombres visibles sur les clichés et qui permettent le diagnostic différentiel.

Les auteurs rappellent que ces calcifications sont en réalité beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement et pourraient être mises en évidence plus souvent chez les sujets âgés si l'on prenait soin de les rechercher et de faire des clichés sous les incidences favorables.

La radiothérapie hypophysaire au cours des troubles du métabolisme des liquides. — M. J. Huet rappelle les détails essentiels de la technique d'irradiation de la région hypophysaire qu'il applique depuis 15 ans.

Il y a ajouté deux nouvelles portes d'entrée sous-angulo-maxillaires.

L'auteur rapporte plusieurs observations de troubles du métabolisme des liquides au cours d'obésité, de diabète insipide, de troubles de la volémie, qui ont été amendés et certains guéris définitivement par l'irradiation de la région hypophysaire.

L'auteur pense que la radiothérapie agit par son pouvoir anti-inflammatoire, en normalisant l'état vaso-moteur local. Du fait de la régularisation de la petite circulation cérébrale, la régulation neuro-hormonale est rétablie et l'évacuation des réservoirs périphériques est ainsi assurée.

La radiothérapie de contact dans le traitement des verrues plantaires. — MM. Cottenot et Chérigié présentent les statistiques du Service central de Radiologie de l'hôpital Saint-Louis sur le traitement de 200 verrues plantaires par la radiothérapie de contact. Les résultats obtenus donnent près de 100 pour 100 de succès, à condition d'utiliser une filtration de 1 mm. d'aluminium et une dose unique de 4.000 r superficiels. La durée du traitement est de 1 minute 1/2.

Avec ces données la verrue tombe d'elle-même au bout de 1 mois ou bien elle se présente à cette époque sous forme d'un corps étranger qu'un coup de curette enlève facilement. Cette technique est simple, facile, surtout chez les enfants qui se prêtent mal à une irradiation de longue durée.

A propos d'un cas de maladie de Besnier-Bœck. — MM. Cottenot et Chérigié présentent les clichés radiographiques d'un malade atteint d'une maladie de Besnier-Bœck, maladie caractérisée par des nodules cutanées, des lésions osseuses constituées par de petites lacunes au niveau des métacarpiens et des phalanges et par des lésions pulmonaires bilatérales donnant l'aspect radiologique d'une granulie.

Un cas d'anévrysme de l'aorte particulièrement dramatique. — M. Chérigié présente les documents radiographiques d'un malade venu le consulter parce que, la veille, était apparue brusquement, dans la région thoracique droite, une tumeur volumineuse de la grosseur d'un sein. A l'examen, cette tumeur était battante et les radiographies montraient une usure complète des côtes et un anévrysme volumineux de l'aorte soutenu uniquement par les plans musculaires et cutanés. Le malade fut admis à l'hôpital Saint-Louis; 2 mois après, une escarre apparut au niveau de la tumeur et le malade mourut d'une hémorragie foudroyante.

Quelques considérations sur les tumeurs à myéloplaxes et leur traitement radiothérapique considéré à longue échéance. — M. Baclesse. Parmi les tumeurs à myéloplaxes il y a lieu de distinguer les formes spéciales dont le pronostic est beaucoup plus réservé que celui des tumeurs classiques, considérées à juste raison comme des tumeurs bénignes et guérissables par la chirurgie ou les radiations. Cette catégorie spéciale se caractérise par des poussées ostéolytiques, parfois à allure aiguë. Cette poussée ostéolytique peut rester unique et le cas est guérissable, ou bien elle peut se répéter plusieurs fois au cours des années et les chances de succès par la radiothérapie sont alors minimes. Pour constater ces poussées évolutives successives il faut observer les tumeurs à myéloplaxes irradiées pendant de longues années. Sur 20 tumeurs appartenant à différentes régions anatomiques et irradiées à la Fondation Curie (de 1920 à 1933 inclus) avec un recul d'observation de 10 à 20 ans, on a obtenu les résultats suivants: 11 cas furent guéris, 4 grandement améliorés, 2 améliorés et 3 furent des échecs francs. Sur ces 20 cas, 8 appartenaient aux variétés ostéolytiques à pronostic plus grave; 3 guérisons, 3 améliorations, 2 échecs. Les doses totales appliquées étaient fortes, variant entre 5.000 et 7.000 r (peau) par plusieurs champs, et généralement échelonnées sur une longue durée. En dépassant ces doses on risque des accidents graves sans améliorer les résultats. Il est possible que des doses plus faibles aient pu donner les mêmes résultats, mais jusqu'ici il est difficile, sinon impossible, de prévoir le comportement de la tumeur à l'égard du traitement et par conséquent de dire si l'on a affaire à une « bonne » forme, guérissable même à dose faible, ou à une « mauvaise forme », rétractaire à tout traitement radiothérapique.

La radiothérapie au cours des blocages hyperhormonaux. — M. J. Huet.

Quelques constatations sur l'inégale répartition du faisceau de rayons émis par les ampoules à cathode incandescente. — M. Massiot.

A. Dariaux.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

20 Mars 1944.

Résultats d'une enquête sur les aménorrhées de guerre dans le milieu rural. — M. Maurice Fabre. Le pourcentage des aménorrhées de guerre dans le milieu rural est beaucoup moins important que dans les agglomérations urbaines. L'auteur a relevé 1 pour 100 seulement d'aménorrhées dans 2 régions rurales du Centre de la France, alors que dans la région parisienne, par exemple, on les évalue à 7 ou 8 pour 100. Les deux causes admises : alimentation et influence des chocs nerveux sont confirmées par cette enquête.

Emploi d'une incision type Pfannenstiel dans la césarienne segmentaire. — M. Mauviel (Brest). A propos de cette communication, M. Marcel Sénécbal, de Paris, rappelle que dès 1912 il a attiré l'attention des chirurgiens sur l'incision transversale sus-pubienne et précise comment il a modifié l'incision inventée par Pfannenstiel.

Un cas d'utérus double avec grossesses répétées. — MM. H. Filhoulaud (Limoges) et Andrieux (Saint-Mathieu).

Un cas d'hématométrie cervicale spontanée. — M. H. Filhoulaud (Limoges).

17 Avril.

A propos de l'inséminotion artificielle. — M. Raoul Palmer présente une statistique de 30 cas d'insémination artificielle avec 6 succès qui correspondent à 2 oligo-asthénospermies, 3 stérilités cervicales rebelles, 1 cas mixte. Dans tous ses succès une insémination avait été pratiquée la veille ou l'avant-veille de l'élévation thermique.

Gangrène génito-pelvienne foudroyante. Etude clinique d'un infarctus génital gangréneux après tentative d'avortement. — M. S. Blanguernon.

Maurice Fabre.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

18 Avril 1944.

A propos de la vaccination antidiphtérique. Considérations arithmétiques. — M. F. Saint-Girons. La proportion des diphtéries dans les hôpitaux d'enfants à Paris étant de 4 cas chez les non-vaccinés pour 1 chez les vaccinés, si l'on admet 2 non-vaccinés pour 8 vaccinés et si l'on considère un groupe de 100.000 enfants, on comptera 20.000 non-vaccinés avec 80 diphtéries (1 cas pour 250 enfants) et 80.000 vaccinés avec 20 diphtéries (1 cas pour 4.000).

Dans un collège parisien comprenant plus de 600 élèves, une récente épidémie de diphtérie a frappé 2 des 5 élèves non vaccinés, puis 2 professeurs et a respecté les autres.

Il faut que le médecin de famille obtienne la vaccination avant 2 ans avec injections de rappel et faire respecter les dispositions légales dans les établissements scolaires.

— M. Ed. Lesné. Dans 3 préventoriums où les enfants ne sont admis qu'après vaccination, il n'y a jamais de diphtérie.

— M. J. Genevrier. Cette longue discussion montre que les membres de la Société de Pédiatrie sont unanimes à reconnaître l'efficacité de l'immunisation antidiphtérique à la suite de la vaccination par l'anatoxine.

Inversion viscérale totale. — M. Maurice Lamy, Mlle M.-L. Jammet et M. Blanchard présentent un enfant de 11 ans, atteint d'une inversion viscérale totale. La fréquence de cette malformation est environ de 1 sur 5.000. Le *situs inversus* total doit être complètement séparé du *situs inversus* partiel qui coïncide le plus souvent avec des malformations du cœur ou des gros vaisseaux.

On a invoqué à l'origine de l'inversion complète une grossesse double monozygotique, la formation de 2 jumeaux en miroir et l'absence de développement de l'un d'eux. Mais la constatation faite à deux reprises d'une inversion viscérale totale chez 2 jumeaux monozygotes permet d'écarter cette hypothèse.

La gaucherie et la position basse du testicule droit paraissent particulièrement fréquentes dans l'entourage de ces sujets : certains y voient des formes mineures de la même anomalie constitutionnelle.

Cardiopathie congénitale chez la mère et la fille. — M. Maurice Lamy, Mlle M.-L. Jammet, Mme C. Pognan et Mlle O. Schweisgut. La mère avait à l'autopsie une communication interventriculaire et une persistance du canal artériel. Chez la fille les signes physiques permettent d'affirmer la persistance du canal artériel.

Les formes familiales des cardiopathies coogénitales sont relativemeot rares (68 observations publiées). Les malformations cardiaques ont été constatées daos plusieurs générations successives; certains sujets contractant successivement plusieurs mariages eurent de ces différentes unions des enfants atteints de malformations congénitales du cœur. Il semble que, dans certains cas au moins, l'existence d'un facteur héréditaire génotypique soit hors de conteste.

— M. J. Cathala. L'état général des sujets atteints de persistance du canal artériel ne justifie pas l'intervention chirurgicale.

— M. H. Grenet. Un sujet porteur d'une persistance du canal artériel a pu faire 2 ans de guerre. Le seul danger est une endocardite d'Osler secondaire.

— M. Maurice Lamy. L'intervention ne serait pas grave et n'entraînerait qu'une mortalité de 5 pour 100 des cas. 83 pour 100 des sujets avec malformation congénitale du cœur meurent de leur cardiopathie, mais certains ont une longue survie.

Forme fébrile de la syphilis du nourrisson. — M. R. Marquézy et Mlle Ladet. Au cours d'une syphilis spléno-hépatique, avec lésions cutanées et purpura chez un nourrisson de 2 mois, la température oscillait entre 38°5 et 39°. Le traitement antisyphilitique fit disparaître la fièvre et amena la négativation des réactions sérologiques en 3 mois.

Pleurésie purulente à streptocoque chez un nourrisson de 4 jours. — M. Henri Bourdeau présenté par M. Robert Clément. Né à terme, d'apparence normale, ce nouveau-né a présenté le 3e jour un peu de dyspnée et de la fièvre. Le 4e jour, on constate une pleurésie purulente à streptocoque de la grande cavité qui entraîna la mort quelques heures après.

La précocité de cette pleurésie purulente pose la question d'une infection intra-utérine, ou de la pénétration du germe après la naissance. Le cordon ombilical, correctement lié, ne présentait ni œdème, ni rougeur, ni sérosité, aucune infection rhino-pharyngée. Il faut en tout cas suspecter l'origine maternelle de cette streptococcie.

Tétanos vertébral chez un enfant vacciné. — MM. J. Piton et F. Mathieu (Dôle). M. Robert Clément, rapporteur. Un enfant de 7 ans présente pendant 3 semaines de violentes douleurs de la colonne vertébrale dont la nature n'a pu être suspectée jusqu'à ce qu'une crise paroxystique de contractures avec ébauche de rire sardonique ne fasse penser au tétanos. Pas d'autre porte d'entrée que 2 croûtes d'impétigo sur un genou. Malgré une sérothérapie massive associée à l'anatoxine et au chloral, l'amélioration a été très lente. Pendant 3 mois la colonne vertébrale est restée douloureuse.

Le caractère partiel et fruste, la lenteur d'installation de ce tétanos, inhabituels chez l'enfant, sont sans doute dus à l'immunité relative acquise par une vaccination pratiquée 4 mois plus tôt.

Un cas de xanthomatose cranio-hypophysaire. — MM. P. Giraud, R. Bernard, M. Sansot et A. Jullien (Marseille). Cette maladie de Schuller-Christian s'est manifestée à l'âge de 2 ans par une boiterie douloureuse de la hanche gauche. L'image radiologique « claire, à contours polycycliques dans la crête iliaque », fut prise pour un ostéosarcome et ce diagnostic confirmé par une biopsie. 7 mois après, la plaie opératoire suppure toujours et apparaissent le diabète insipide et une gingivite fongueuse. Les radiographies du crâne montrent alors les lacunes caractéristiques. Pas d'exophtalmie. Sur le reste du squelette il y a décalcification générale et aspect pseudo-scorbutique des métaphyses; petite géode de l'astragale. Après 12 séances de radiothérapie cranienne et iliaque, amélioration clinique et radiologique. Après une 2e série, le diabète insipide lui-même s'atténue, mais la gingivite fongueuse et expulsive est de plus en plus intense. Le pronostic reste très réservé.

— M. Robert Clément. Si la réparation des lésions osseuses de la maladie de Schuller-Christian est relativement facile à obtenir par la radiothérapie, le diabète insipide est beaucoup moins influençable.

Pyurie chronique et dilatation des voies urinaires d'excrétion. — MM. P. Giraud, J. Senez, P. Bergier et J. Marcorelles (Marseille). Dans 2 cas de pyurie persistante, malgré l'emploi des thérapeutiques nouvelles, une cystographie révéla, outre une vessie dilatée, une malformation importante des 2 uretères. L'urographie ascendante fut plus démonstrative que celle par voie veineuse.

Les résultats thérapeutiques ont été assez décevants, mais il est permis d'espérer que des techniques chirurgicales bien étudiées permettent dans l'avenir d'obtenir des améliorations plus importantes.

Syndrome thomsenien, passage avec la myopathie hypertrophique. — MM. G. Boudet, J. Boucomont, Balmes et P. Passouant (Montpellier).

R. Clément.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

4 Mai 1944.

Dégénérescence maligne d'une exostose du fémur. — MM. Tavernier et Creyssel. Exostoses multiples chez un jeune homme de 21 ans. Dégénérescence maligne d'une exostose de l'extrémité supérieure du fémur droit. Tumeur apparue depuis quelques mois, respectant le bassin mais ayant atteint un volume considérable et envahi les parties molles de la racine de la cuisse. Devant l'échec de la radiothérapie, la seule intervention logique à proposer est la désarticulation inter-ilio-abdominale, laquelle sera pratiquée dans les jours suivants.

Sur les résultats et les indications de la parathyroïdectomie dans le traitement des rhumatismes chroniques. — MM. Mallet-Guy et Geay. Aujourd'hui, le scepticisme plane sur les résultats de la parathyroïdectomie dans le rhumatisme chronique. Mais, d'après les auteurs, parmi les échecs qui ont été publiés il en est de critiquables. Ainsi les 5 échecs rapportés par Henry, dans sa thèse, comprennent 3 cas où la calcémie était normale avant l'intervention et 2 autres cas où l'ablation de la parathyroïde n'a pas été faite.

Les auteurs font état de 13 observations de rhumatisme vertébral chronique avec hyper-calcémie. Dans tous les cas les résultats ont été bons, en particulier 6 résultats éloignés parfaits datant de 9 ans à 2 ans et demi. Au contraire, dans les formes rhumatismales diffuses, les résultats sont inconstants (7 observations, 5 échecs). L'ensemble de ces faits homogènes prouve : 1° que la recherche des parathyroïdes doit être faite systématiquement et avec patience, car les opérations de remplacement (ligature, hémithyroïdectomie) sont aléatoires ; le

contrôle histologique étant absolument nécessaire pour juger de la valeur de l'opération ; 2° que dans les formes de rhumatisme vertébral chronique avec hyper-calcémie les résultats de la parathyroïdectomie sont régulièrement bons.

Pyonéphrose chez un nourrisson de 6 mois. — M. Massardier. M. E. Perrin, rapporteur. Pyonéphrose qui s'est manifestée d'abord par des signes généraux ayant résisté aux sulfamides, puis 5 ou 6 jours après par des signes vésicaux, enfin par un empâtement lombaire avec psoitis. Lombotomie gauche, rein du volume de celui d'un adulte, ouverture d'une cavité purulente. Néphrectomie, drainage. Guérison malgré la cachexie pré-opératoire, après un épisode de pyurie post-opératoire en rapport avec le drainage. Pièces : pyonéphrose sans caractère histologique de spécificité ; infection d'une hydronéphrose congénitale.

11 Mai.

Sur le diagnostic des ruptures spontanées des muscles grands droits de l'abdomen. — M. Creyssel. M. Arnulf, rapporteur. A la suite de quintes de toux, rupture du grand droit chez une femme de 42 ans n'ayant jamais eu de grossesse. 8 jours après le début brusque, large ecchymose au niveau de l'orifice de sortie du canal inguinal ayant permis de porter le diagnostic et de s'abstenir de toute intervention. Guérison.

Abcès du cerveau. Intervention et ablation 26 ans après le traumatisme. Guérison. Séquelles douloureuses du membre supérieur. — MM. Devic, Ricard et Guinet. Tolérance remarquable d'un volumineux abcès cérébral constitué par 4 poches confluentes. Aphasie motrice, hémiplégie droite discrète, aucun signe d'hypertension, scène clinique plutôt en faveur d'un kyste séreux ou d'un corps étranger. Intérêt de la technique de Clovis Vincent ayant donné une guérison de bonne qualité malgré l'ouverture de l'abcès au cours de l'éradication. Apparition d'un syndrome thalamique en cours d'intervention. Régression, séquelles neurologiques discrètes au niveau de la main.

Les ulcères associés de l'estomac et du duodénum. — MM. Santy, Latarjet et Duroux. Sur 150 pièces de gastro-duodénectomie, 14 ulcus associés de l'estomac et du duodénum. Dans la moitié des cas le diagnostic des 2 ulcères avait été fait ; toujours l'ulcus duodénal dominait la scène clinique, tandis que ses signes radiologiques étaient plus évidents. Dans l'évolution de la maladie ulcéreuse l'ulcus duodénal apparaît le premier ; tandis que sous l'influence de la sténose ou par le jeu d'un simple spasme pylorique réflexe, on assiste, secondairement, à l'évolution, souvent rapide, de l'ulcus gastrique. Seule une large gastro-duodénectomie est le traitement logique des ulcus associés, même lorsqu'il existe un certain degré de sténose pylorique. La gastro-entéro-anastomose n'est indiquée que pour traiter une sténose pylorique complète avec distension gastrique considérable chez un malade très faible ; elle ne sera que le premier temps d'une gastro-duodénectomie qui sera exécutée secondairement.

Transposition du cubital en avant de l'épitrochlée dans des paralysies sans fracture ancienne du coude. — MM. Devic, Ricard, Francillon et Monnet. La libération du nerf cubital, sa transposition en avant de l'épitrochlée pour le dégager des micro-traumatismes d'un cubitus valgus post-fracturaire a toujours donné aux auteurs de très bons résultats (12 observations).
La même opération peut être logiquement envisagée au cours de certaines paralysies cubitales, à l'origine desquelles il n'y a pas autre chose qu'un cubitus valgus sans fracture. Pour le nerf cubital la région épitrochléenne est une véritable zone dangereuse ; il suffit de le transposer pour le placer dans de meilleures conditions anatomiques et fonctionnelles. 3 observations, 2 guérisons rapides avec récupération *ad integrum*, 1 amélioration mais avec récupération incomplète.

Désarticulation inter-ilio-abdominale. — MM. Tavernier et Creyssel. Pièce opératoire de désarticulation inter-ilio-abdominale pratiquée chez le malade qui a été présenté le 4 Mai 1944. Volumineux chondrome malin de l'extrémité supérieure du fémur ; intégrité de l'os coxal, mais envahissement des parties molles qui rendaient la désarticulation de la hanche techniquement impossible. Intervention méthodique, infiltration des plexus nerveux à la novocaïne. Dans le but d'éviter une spoliation sanguine importante, la ligature de la veine iliaque devrait être faite dans les derniers temps. Intervention sans incident, mais choc opératoire considérable quelques heures après l'intervention. Echecs successifs d'une petite transfusion et de l'adrénaline intraveineuse. Seul le sérum 143 a transformé la scène clinique et a permis de surmonter le choc.

25 Mai.

Corps étrangers de l'estomac chez le jeune enfant, évacués grâce à l'absorption de queues d'asperge. — M. A. Chalier. Broche de bavoir ingérée depuis 8 jours par un bébé de 9 mois. Arrêt au niveau du pylore. Ingestion de boulettes de queues d'asperge cuites et sucrées 24 heures après expulsion de la broche englobée dans les fibres cellulosiques. Une 2ᵉ observation analogue.

Un cas d'incontinence orthostatique traité par cervicocystopexie. — M. E. Perrin. Le Gœbel-Stockel donne des succès là où le Marion a échoué (6 cas, 6 succès) ; mais c'est une intervention délicate, difficile, périlleuse. Le Gœbel-Stockel agit non pas en reconstituant le sphincter, mais en fermant l'angle urétro-vésical. Tout revient, dans l'incontinence orthostatique, à fermer l'angle que l'urètre fait avec l'axe de la vessie. L'opération proposée et réalisée par l'auteur atteint ce but beaucoup plus simplement que le Gœbel-Stockel ; il suffit d'amarrer le col et la face antérieure de la vessie au tissu fibreux rétro-symphysaire et aux insertions pubiennes des grands droits. 1 cas de guérison chez une jeune fille de 17 ans.

La tomographie dans le diagnostic des lésions rachidiennes. — MM. Mallet-Guy et Gitaud. Dans 1 cas la tomographie de L_4 permit de déceler une caverne centrale, invisible sur les radiographies ordinaires. Dans un autre cas, les clichés, dans les différentes positions classiques, n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique des deux premières cervicales ; seule la tomographie montra un écrasement de la masse latérale de l'atlas, mais, ici, l'interprétation des coupes est très difficile et nombreuses les causes d'erreur.

Sur la régulation de l'anesthésie générale par la méthode de Pascalis. — MM. Rochet et Jeanjean. L'injection d'ésérine chez les sujets sympathico-toniques, dans le but d'améliorer la qualité d'anesthésie générale à l'éther, n'a pas eu, dans une série de 55 cas, de résultats très probants. Par contre, l'injection d'ésérine en cours d'intervention, lorsque se produit une poussée abdominale, atténue généralement cet incident.
L'injection d'atropine chez les vagotoniques dans le but de prévenir les accidents syncopaux ne rend pas l'anesthésie plus difficile. Fait paradoxal, une injection d'ésérine faite, par erreur, chez un vagotonique a été suivie d'une anesthésie extrêmement laborieuse.

Arthrodèse dans la coxalgie en évolution. Discussion. — MM. Guilleminet, Nové-Josserand et Tavernier.

PIERRE MARION.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

18 Avril 1944.

Evolution lointaine d'une miliaire anté-allergique. — MM. A. Dufourt et G. Despierres. Observation d'une jeune femme chez qui on découvrit par hasard, par un examen radiologique systématique, une miliaire diffuse, bilatérale, absolument latente cliniquement ; 4 ans après ce premier examen, guérison radiologique totale. Dans cette miliaire l'allergie ne se manifeste que 7 mois au moins après le début de la primo-infection.

Tuberculose bronchique avec syndrome de caverne soufflée. Injection de nitrate d'argent. Atélectasie pulmonaire totale. — MM. A. Dufourt et Rabasté. Magnifique et rapide résultat obtenu par instillation brenchique de nitrate d'argent à 10 pour 100 dans un cas de caverne soufflée après section de brides.

Les circonstances d'apparition du rhumatisme tuberculeux au cours du cycle de l'infection tuberculeuse. — MM. P. Ravault et J. Brun insistent sur la fréquence relative de poussées fluxionnaires rhumatismales traduisant un foyer bacillaire latent qu'il importe de dépister au lieu de s'attarder à des thérapeutiques inefficaces ou même nuisibles.

Les tuberculoses paraganglionnaires. — M. J. Brun a individualisé sous ce nom des formes particulières de tuberculose surtout oculaire, mais aussi cutanée et rhumatismale qui sont étroitement liées à des adénopathies tuberculeuses coexistantes. Le traitement radiothérapique des ganglions ou leur ablation chirurgicale amène, en effet, la rétrocession de telles tuberculoses. Il comporte donc de les rechercher systématiquement au niveau des régions cervicales ou médiastinales.

Granite post-hémoptoïque suivie d'une atélectasie post-hémoptoïque. Pneumothorax à l'occasion d'une deuxième hémoptysie. — MM. A. Dufourt et F. Emery.

25 Avril.

Hépatomégalie polycorique. — MM. M. Jeune et R. Muller présentent une fillette de 2 ans 1/2 atteinte d'une hépatomégalie qui relève de l'affection isolée par Debré sous l'appellation de polycorie. En témoignent l'association à l'hépatomégalie considérable de troubles de la croissance et de la régulation thermique, de myopathie et de stigmates biologiques : hypoglycémie à 0 g. 55, hypercholestérolémie à 6 g.

Rupture spontanée du cœur. — MM. Lagèze, P.-A. Bonnet et E. Wegelin. Observation d'une rupture du cœur au cours d'un infarctus du myocarde chez une hypertendue athéromateuse. Mort subite au 3ᵉ jour d'une scène clinique constituée par 3 accès angineux anormalement prolongés, sans effondrement tensionnel ni froissements péricardiques, mais avec fièvre à 38°5 le dernier jour. La rupture siégeait sur la face antérieure du ventricule gauche. Une oblitération partielle par athérome de la coronaire gauche fut trouvée à 3 *cm.* de son origine. Cette évolution en 2 temps, constitution de l'infarctus, puis rupture secondaire du cœur, est la plus habituelle.

Sur une complication exceptionnelle de méningite cérébro-spinale à méningocoques. Hémiplégie cérébelleuse transitoire et sans séquelles. — MM. Bernheim, Jeune et Kohler. Enfant de 8 ans chez qui une méningite cérébro-spinale à méningocoques ayant débuté par un syndrome confusionnel continua à évoluer de façon très atypique. Au 10ᵉ jour après sulfamidothérapie intensive, le liquide céphalo-rachidien étant stérile, crise d'épilepsie jacksonienne localisée au membre supérieur gauche, puis hémiplégie cérébelleuse droite avec signes pyramidaux discutés et signes cérébelleux typiques. Guérison sans séquelles. Hypothèse d'un syndrome d'hypotension intra-ventriculaire transitoire.

Pleurésie purulente à staphylocoques survenue dans les suites éloignées d'une thoracoplastie. Guérison par le seul traitement médical. — MM. P. Girard, F. Moulinier et F. Favre-Gilly. Thoracoplastie pour lobite supérieure droite, puis, 5 mois après, pleurésie à staphylocoques du même côté. Guérison en 4 mois par anatoxine. Ponctions, puis lavages de plèvre. Symphyse pleurale en train de se constituer.

A propos d'un nouveau cas de syndrome de Kartagener : inversion viscérale, polype nasal et dilatation des bronches. — MM. P. Ravault, A. Guichard, P. Mounier-Kuhn, L. Roche et Louis Gallavardin.

2 Mai.

L'exploration radiologique et monométrique des voies biliaires au cours de l'intervention. — M. Mallet-Guy. Cette exploration, utile dans toutes les circonstances de la chirurgie biliaire, outre ses heureuses répercussions sur les indications opératoires, apporte d'inédites précisions sur les conditions anatomo- et physio-pathologiques des symptômes biliaires et se révèle comme une incomparable technique d'analyse et de recherches.

Cirrhose biliaire ictéro-ascitique chez une ancienne lithiasique cholécystectomisée. Guérison par le drainage chirurgical. — MM. P. Ravault, P. Mallet-Guy, J. Bourret et P. Guinet. Tableau d'ictère par rétention apparu 14 ans après une cholécystectomie, intervention, intégrité de la voie biliaire principale, ascite post-opératoire. Guérison. Persistance d'une grosse rate. Biopsie d'un tissu hépatique : sclérose intense à topographie péricanaliculaire. L'origine d'un tel syndrome doit être placée dans un état d'angiocholite chronique, secondaire à la perturbation fonctionnelle du sphincter d'Oddi qui accompagne en général les interventions vésiculaires.

L'état pulmonaire des tuberculeux rénaux et ses conséquences pratiques. — MM. J. Cibert et J. Brun insistent sur les atteintes pleurales anciennes, sur les lésions pulmonaires nodulaires fibreuses ou fibro-calcifiées signant un passé de dissémination hématogène. Les infiltrations tertiaires récentes, les miliaires chroniques doivent inciter à la prudence dans les indications opératoires.

Observations cliniques faites à l'occasion de 1.034 injections de vaccin associé antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique et antitétanique chez l'enfant. — MM. Sohier, Marchetti, Poulin et Proust.

La spirochéturie tardive de la leptospirose grippo-typhosique. Son intérêt dans le diagnostic rétrospectif de l'infection. — MM. Sohier, Hinscherger et Despinnoy.

La névrite optique rétrobullaire bilatérale aiguë dans l'intoxication par l'alcool méthylique. — M. P. Bonnet.

G. DESPIERRES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Avril 1944.

Fracture ancienne du plateau tibial, greffe sous-articulaire. — M. M. Grimoud, dans un cas d'enfoncement du plateau tibial externe, datant de 6 mois, déterminant des hydarthroses à répétition et une gêne fonctionnelle importante, a obtenu un bon résultat anatomique et fonctionnel, en relevant le plateau sous contrôle d'une large arthrotomie trans-tubérositaire (technique de Brocq) et par la mise en place de greffons sous-articulaires.

Sur la pathogénie de la tétanie. — MM. Vincent, Segonzac, Brygoo et Mlle de Prat rapportent un cas de tétanie avec grande hypocalcémie dans lequel le dosage de la cholinestérase du sérum révéla une forte diminution d'activité de cet enzyme. Il faut le rapprochement de ces faits avec la constatation de Massart et Dufait sur le rôle activateur du calcium sur la cholinestérase. Avec quelques réserves toutefois, ils tendent à admettre que c'est peut-être par le mécanisme d'une inactivation plus ou moins complète de la cholinestérase liée à l'hypocalcémie qu'est provoquée la crise de tétanie.

Les oxyuroses graves. — M. H. Pons rapporte l'observation d'un garçon de 13 ans faisant depuis 5 mois des accidents généraux d'allure grave avec température ayant atteint 41°. Tous examens cliniques et radiologiques négatifs : 2 hémocultures négatives. Aucun des médecins consultés ne s'était arrêté à l'oxyurose chaque fois signalée par la mère ; cependant l'équilibre leucocytaire montrait 26 pour 100 d'éosinophiles. Un traitement par le bismuth et le violet de gentiane est institué : après des réactions très violentes (température 42°) guérison totale en 8 jours. Discussion de la pathogénie des accidents observés et rappel de la rareté de tels accidents.

Considérations sur les vertus thérapeutiques du bégonia. — M. Favre. Ayant croqué par erreur une quantité minime d'oignon de bégonia, un homme a présenté un syndrome clinique d'hypersécrétion salivaire et bronchique avec menace d'asphyxie. Le bégonia aurait-il des propriétés analogues à la pilocarpine ou au jaborandi ? Tel est le problème que pose cette observation.

Thérapeutique générale des dysocousies complexes. — M. E. Escat. Si la thérapeutique des surdités chroniques est manifestement pauvre en médication curative, elle compte en revanche des agents chimiques particulièrement contre-indiqués vis-à-vis de certaines espèces de dysacousies complexes par associations otopathiques caractérisées par une défaillance avancée de l'organe de Corti (quinine, salicylate de soude, arsénobenzols, trinitrine, acécoline, etc.).
La prescription de ces médicaments doit surtout être discrète, du fait que la complexité symptomatique et pathogénique des surdités associées expose plus facilement à des équivoques sémiologiques et à des erreurs de diagnostic pathogénique. D'où nécessité de baser cette thérapeutique non seulement sur la formule physico-clinique et acoumétrique la plus précise du syndrome plus ou moins complexe du cas en observation, mais aussi sur le diagnostic des associations pathogéniques dont le dit syndrome est l'expression.

Tétanie chez le vieillard. — MM. Planques, Valdiguié et Mlle Mestre. 3 cas de tétanie chez des femmes âgées de 72, 74 et 85 ans, avec atteinte des extrémités, forte hypocalcémie (0,60 ; 0,52 ; 0,40), élévation de la réserve alcaline. Un cas guéri, 2 morts : un par œdème aigu du poumon (était atteinte de maladie de Hogdson), l'autre, subitement, sans doute du fait de la tétanie elle-même.
Parathyroïdes et hypophyse anatomiquement normales ; pas de troubles respiratoires ni digestifs. Troubles attribués par les auteurs du déficit calcique de la ration alimentaire (Ca/P normal, mais Ca inférieur à 0,20 par jour) à alcalose de cause alimentaire (végétarisme à peu près intégral) à la vie loin du soleil.
Les organes et les os contenaient une charge calcique normale. L'hypocalcémie aiguë (qui survint en quelques heures dans l'un des cas) est attribuée par les auteurs à l'insuffisance parathyroïdienne relative et plus simplement encore à une insuffisante perméabilité vasculaire ne permettant pas l'arrivée dans le sang, au moment opportun, du calcium tissulaire.

Quelques aperçus sur l'absorption des radiations ultraviolettes par les substances biologiques. — M. V. Brustier.

J.-P. TOURNEUX.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 663.

Une histoire qui commence mal et qui finit bien

Par Louis Ramond,

Médecin de l'hôpital Laennec.

Le lundi 9 Octobre 1944, Madeleine P..., une jeune et jolie Parisienne de 21 ans, était en train de faire la vaisselle après avoir pris avec son fiancé, et de très bon appétit, un repas tout à fait ordinaire. Elle était resplendissante de santé et tout à son bonheur. Et voilà que, tout à coup, elle est prise d'un grand malaise et s'effondre sans connaissance sur une chaise. Absolument affolé, son fiancé court demander du secours à des voisins. Quand il revient, quelques instants plus tard, il trouve sa compagne encore dans le coma, avec une respiration stertoreuse. Il s'aperçoit qu'elle a uriné sous elle. Bientôt elle a quelques efforts de vomissement et elle rend son déjeuner. Un médecin, appelé d'urgence, fait une injection d'huile camphrée et décide le transport immédiat à l'hôpital. Dans la voiture d'ambulance se produit un deuxième vomissement alimentaire.

A son arrivée à Laennec, vers 16 heures, Madeleine P... est encore très obnubilée ; mais elle est très agitée. Elle répond mal à l'interrogatoire de l'interne de garde et se montre hostile à son examen. Elle se plaint de souffrir d'un très violent mal de tête. Elle a un vomissement bilieux. Sa température est à 38°2. Son examen somatique ne révèle aucun signe physique anormal.

Le lendemain matin, après une nuit entrecoupée de nombreux vomissements porracés, nous la trouvons couchée en chien de fusil, le dos tourné à la lumière, les yeux clos. Plus présente que la veille, elle accuse toujours un mal de tête insupportable. Sa température n'est que de 37°8.

Elle n'a aucune éruption sur le corps. A l'auscultation, ses poumons sont normaux. Son cœur, sans souffles et sans aucun trouble du rythme, bat seulement 54 fois par minute. Son abdomen est souple et indolore ; il n'y a pas eu de garde-robe. Sa vessie est vide, car il s'est produit ce matin une émission volontaire d'urines abondantes, limpides, normalement colorées, sans sucre et sans albumine. Elle perd abondamment en rouge; il s'agit de ses règles survenues la veille dans l'après-midi à leur date prévue.

Au point de vue nerveux, si cette jeune fille n'a pas la moindre paralysie, elle a une raideur de la nuque très accentuée. Cependant elle n'a pas de signe de Kernig. Ses réflexes tendineux sont tous normaux. Son réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite et à gauche. Il n'y a ni strabisme ni diplopie. Ses pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Par sa famille nous savons que cette jeune fiancée n'a jamais été malade et que ses parents sont très bien portants.

Que penser de ce tableau clinique si dramatique ?

I. L'ictus initial et l'importance de la céphalée et des troubles psychiques — coma, puis agitation délirante, enfin obnubilation intellectuelle — joints à l'absence de toute autre manifestation générale ou viscérale, orientent le diagnostic vers une MALADIE DE L'ENCÉPHALE.

II. Mais s'agit-il d'une affection encéphalique superficielle — *méningée* — ou profonde — *cérébrale ?*

Il est légitime de penser plutôt à un PROCESSUS MÉNINGÉ puisqu'il n'existe aucune paralysie, aucun trouble psychique, aucune modification des réflexes et puisque nous trouvons réunis ici un syndrome méningé très complet constitué par : la céphalée, les vomissements, la constipation, la raideur de la nuque.

III. Quelle est donc la nature de l'irritation méningée, cause de ce drame ?

1° Une *méningite aiguë cérébro-spinale méningococcique, pneumococcique* — ou autre — n'aurait pas eu un début aussi brutal, apoplectiforme ; elle s'accompagnerait d'un syndrome infectieux concomitant, d'une fièvre plus ou moins élevée, d'éruptions diverses, d'arthrites, etc.

2° Une *méningite subaiguë* — *tuberculeuse* ou *syphilitique* — est peu vraisemblable, vu l'absence complète d'antécédents spécifiques ou tuberculeux chez cette malade, et en raison du début brusque des accidents sans aucun symptôme prémonitoire.

3° Au contraire, tout plaide ici cliniquement en faveur du diagnostic d'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE SOUS-ARACHNOÏDIENNE.

Cette affection est, en effet, fréquente chez des sujets jeunes. Elle survient sans prodromes, en apparence spontanément, au cours d'une parfaite santé. Elle s'annonce d'une façon foudroyante par un ictus apoplectique suivi de coma. Ce début dramatique soudain, en rapport avec la brusque irruption du sang dans les espaces sous-arachnoïdiens, ne tarde généralement pas, dans les cas favorables, à faire place à une situation bien moins grave qui s'améliore progressivement et avec rapidité. Cela s'explique aisément si l'on veut bien considérer les nombreux débouchés offerts au sang épanché par les lacs cérébraux et spinaux sous-arachnoïdiens.

A leur période d'état les hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes se traduisent par les signes habituels de toute irritation méningée — céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig, vomissements souvent répétés, ralentissement du pouls...

Les signes cérébraux, dus à l'étalement en nappe du sang à la surface des circonvolutions cérébrales, déterminent habituellement une irritation légère plutôt qu'une compression de l'encéphale. Aussi les phénomènes d'excitation (agitation, délire, convulsions localisées ou généralisées...) prédominent-ils sur les phénomènes d'inhibition (parésies ou paralysies transitoires des membres ou des nerfs de la base du crâne).

Eh bien ! ne retrouvons-nous pas ce tableau clinique reproduit chez notre malade ? Nous sommes donc autorisés à porter sur elle le diagnostic *probable* d'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE SOUS-ARACHNOÏDIENNE. Mais, pour transformer cette *probabilité* en une CERTITUDE, il est indispensable que nous fassions une *ponction lombaire* que l'agitation de cette jeune fille n'a pas permis à l'interne de garde de pratiquer hier soir.

Il s'est borné à lui faire un *examen ophtalmoscopique* qui lui a montré sur les fonds d'œil un léger œdème péripapillaire bilatéral et un exsudat hémorragique punctiforme, lésions fréquentes au cours des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes, sans doute par hypertension intracranienne ou par infiltration sanguine des gaines du nerf optique et qui pourraient suffire à elles seules pour assurer le diagnostic.

La PONCTION LOMBAIRE donne issue à un *liquide sanglant*, uniformément teinté de rouge dans les trois tubes recueillis successivement. C'est déjà là un argument en faveur de l'origine méningée du sang ainsi mêlé au liquide céphalo-rachidien. Mais nous pouvons affirmer que ce sang ne provient pas de la piqûre accidentelle d'un vaisseau rachidien, car, abandonné dans le tube, il s'est déposé au fond de celui-ci sans se coaguler. Nous avons pu ensuite le remélanger intégralement au liquide par agitation, ce qui ne se serait pas produit au cas de piqûre vasculaire accidentelle qui aurait donné issue, non à des « globules lavés », arrachés par les courants du liquide céphalo-rachidien au caillot méningé déjà formé, mais à du « sang total », c'est-à-dire coagulable. Le liquide surnageant le culot hématique de sédimentation est ici incolore, eau de roche, parce que l'hémorragie méningée étant très récente, l'hématolyse n'a pas encore eu le temps de se faire au sein des espaces sous-arachnoïdiens. Pratiquée plus tard la ponction lombaire nous aurait fourni un nouvel argument en faveur de l'origine méningée, et non traumatique, du sang en nous révélant la coloration — rose, jaune ou verdâtre — du liquide surnageant le culot de centrifugation par suite de la diffusion de l'hémoglobine en son sein et de sa transformation en pigments biliaires par un processus de biligénie locale qui ne peut se produire qu'*in vivo*.

Ainsi donc il est certain que cette jeune fille a une HÉMORRAGIE MÉNINGÉE SOUS-ARACHNOÏDIENNE : la ponction lombaire nous en donne la certitude.

Mais c'est de nouveau la clinique qui nous permet de classer la forme de cette hémorragie méningée dans la catégorie des HÉMORRAGIES MÉNINGÉES PURES, dans lesquelles le cerveau n'est pas lésé mais seulement plus ou moins irrité par le sang épanché à sa surface.

Il ne peut être question devant cette jeune fille d'une *hémorragie cérébro-méningée*, c'est-à-dire d'une hémorragie cérébrale avec, secondairement, irruption du sang dans les espaces sous-arachnoïdiens par ouverture du foyer sanguin cérébral dans les méninges, soit par l'intermédiaire des ventricules, soit par une rupture de l'écorce cérébrale. Ces hémorragies cérébro-méningées se caractérisent par l'adjonction de signes d'irritation méningée aux symptômes de grave et persistante atteinte du cerveau (apoplexie durable, déviation conjuguée de la tête et des yeux, coma persistant, stertor, myosis, hémiplégie totale et complète, etc.) ; elles ne s'observent guère, comme l'hémorragie cérébrale, que chez des individus de plus de 40 ans, artério-scléreux ou atteints de néphrite chronique avec hypertension artérielle.

Notre malade se trouve bien dans les conditions d'âge et de sexe habituelles aux hémorragies méningées pures qui surviennent en général chez des sujets jeunes — surtout des jeunes filles — entre 18 et 30 ans. Leur ÉTIOLOGIE est imprécise et, si certains ont pu les considérer comme d'origine infectieuse, en rapport avec l'action d'un ultra-virus comme l'encéphalite épidémique, on les attribue plus communément à des troubles vaso-moteurs d'origine endocrino-sympathique, ce qui expliquerait leur plus grande fréquence dans le sexe féminin et à l'époque des règles. Dans le cas présent l'apparition du flux cataménial a précisément coïncidé avec celle de l'hémorragie méningée.

A ces hémorragies méningées pures des sujets jeunes on réserve le nom de « *forme curable des jeunes gens* ». C'est dire que le PRONOSTIC en est le plus souvent favorable. La guérison survient en quelques jours ou en quelques semaines par amélioration progressive au fur et à mesure de la résorption du sang, marquée quelquefois par quelques incidents bons à connaître pour ne pas les interpréter en mal : une fièvre hématolytique, une albuminurie massive éphémère, une légère hyperazotémie transitoire... La guérison est complète, sans séquelles. L'avenir de cette jeune fille nous apparaît donc sous un bon jour, malgré la gravité apparente des accidents qui l'ont amenée à l'hôpital. Il est vrai qu'on a cité des *formes récidivantes* de ces hémorragies méningées déterminées par des angiomes cérébraux ou de *formes à évolution grave* vers l'encéphalite hémorragique ou même la méningite tuberculeuse dont l'hémorragie méningée ne serait qu'un accident évolutif curable. Mais ce sont là des éventualités exceptionnelles.

Comme TRAITEMENT, outre la *ponction lombaire* que nous recommencerons s'il y a lieu dans vingt-quatre ou quarante-huit heures pour soustraire le sang épanché dans les méninges et qui les irrite, nous allons laisser cette malade *au repos ;* nous lui mettrons une *vessie de glace* sur la tête; nous lui donnerons des *cachets antinévralgiques* pour calmer sa céphalée; nous lui ferons prendre des *sels de calcium* et de la *pectine* comme antihémorragiques.

Epilogue.

Cette jeune fille est sortie de l'hôpital, complètement guérie, vingt jours après y être entrée.

CHRONIQUES

Des brèches dans le mur?...

Un coup de dés
Jamais n'abolira le hasard.
STÉPHANE MALLARMÉ.

Comme tout le monde nous avons lu le subtil et ironique poème que Stéphane Mallarmé jeta comme un défi aux Nombres, ces régents mystérieux de la Nécessité. Nous nous sommes plu aux ébats et aux débats du lyrique symboliste. Nous avons aimé qu'il fît au hasard sa part et sa place à l'originalité. Mais nous ne demandâmes point au poète de *l'Après-midi d'un faune* de nous enseigner à penser scientifiquement. Nous souhaitions seulement qu'il disposât la nature dans les perspectives du plus brillant spectacle. Et, de fait, nous avons été comblés. Mais aujourd'hui voici que le Hasard se découvre, ici, là et ailleurs, de nouveaux adeptes. Et les théories de la physique moderne, celles de la mécanique ondulatoire en particulier, leur fournissent, apparemment, des armes nouvelles [1].

Mais d'abord réfléchissons. Et tentons de rassurer Eddington. Nul besoin n'était, en effet, d'attendre les ingénieuses théories de Bohr et d'Heisenberg pour proclamer sa foi. Et sans doute est-il même dangereux de subordonner une religion, quelle qu'elle soit, aux leçons d'une expérience qui lui est, par essence et par définition, étrangère. Ces effusions de l'inquiétude humaine, ces cris d'espérance que sont les religions, n'ont rien à emprunter aux sciences qu'alluma et que fortifia la curiosité humaine. Les domaines sont distincts où se meuvent le savant et le prêtre. Nous l'avons dit ailleurs et nous le répétons ici. Et Claude Bernard aussi bien que Pasteur ou Lacordaire l'ont, maintes fois, affirmé.

Pour éviter donc tout procès de tendance j'aimerais que l'on s'entendît bien sur les mots. Est-ce à la prévisibilité des phénomènes que l'on veut s'attaquer ou à leur déterminisme ? La question est d'importance et mérite d'être réglée dès le départ. Lorsque Claude Bernard, en effet, parlait de déterminisme, il ajoutait qu'à ce vocable trop imprécis il convenait de préférer celui, plus rigoureux, de principe de causalité. Mais, alors, où voit-on que la physique contemporaine ait ruiné le principe de causalité ? Même et surtout quand elle conclut à l'inévitable incertitude de nos possibilités de prévoir ?

Prévoir, c'est la grande affaire. C'est un moyen empirique de vérifier l'existence entre divers phénomènes de ces relations particulières de séquence et d'irréversibilité, d'immutabilité et de génération apparente auxquelles nous donnons le titre de lien causal. Mais combien de fois devons-nous confesser l'impossibilité où nous sommes de prévoir exactement la survenue des phénomènes sans pour autant renoncer à notre conviction que tout effet procède d'une cause ? Prévoir, c'est connaître. La tâche est trop lourde et nous ne saurons jamais tout ce qu'il nous faudrait connaître pour fonder en droit strict nos prévisions. Sauf si, modestement, nous acceptons de nous contenter de peu et de borner nos prétentions à la conquête d'une science nécessairement grossière. Sauf encore si, n'ignorant rien de l'imperfection de nos mesures et de nos moyens de mesure, nous accordons humblement au réel qu'il peut bien être régi par des lois, mais dont nous ne connaîtrons jamais l'intime, rigoureux et trop complexe mécanisme.

Pourtant, nous ne nous contenterons pas de ces affirmations trop générales. Et nous ne ferons plus état de ces vastes incertitudes auprès desquelles les imprécisions de la physique moderne perdraient toute signification. Tout au contraire nous voudrions, sans oublier que nous ne sommes ni physicien ni philosophe, sans oublier non plus que d'autres, bien avant nous, et mieux que nous, se sont penchés sur ces problèmes, nous voudrions reprendre quelques-uns des arguments des apologètes de la mécanique ondulatoire.

Du fait que la physique contemporaine emploie simultanément des images contradictoires pour définir les propriétés essentielles de la matière, il résulte qu'elle s'interdit du même coup de déterminer ensemble la position d'un corpuscule et sa vitesse, sans que l'expérience puisse décider de l'une comme de l'autre. Et nous voici placés devant les incertitudes d'Heisenberg, qui, valables à l'échelle microscopique, fournissent tant d'arguments spécieux aux métaphysiciens du discontinu. Une brèche semble ouverte au mur de la Nécessité. Et tels triomphent avec tant de hâte que Louis de Broglie leur doit rappeler que, si la prévisibilité de certains phénomènes est en l'espèce amoindrie, la causalité n'en est pas le moins du monde atteinte. Pour tout dire d'un seul mot, la mécanique ondulatoire n'en a au déterminisme que si l'on identifie ce vocable à celui de prévisibilité, mais non si, comme le suggérait Claude Bernard, l'on en fait le synonyme de la causalité.

La remarque est d'importance. Et nous pourrions nous en contenter, satisfaits, après tout, de voir, par la magie de la microphysique, le monde restitué à la souplesse que lui souhaitait le poète. Nous pourrions même demander que l'on voulût bien ne pas conclure de l'infériorité de nos moyens d'observation à la faillite des lois de la nature, ni de cette raison humaine qui, laborieusement, lentement, patiemment, les inventa. Mais nous voudrions aller plus loin et rappeler les définitives réflexions d'Henri Poincaré conciliant et réconciliant partisans et adversaires de la géométrie non euclidienne. Un symbole n'est pas une chose, et un mot n'est qu'un mot, dont l'emploi, commode ici, est ailleurs impraticable.

Aussi bien, j'ai souvenir d'avoir opposé déjà aux tenants de l'indéterminisme cette objection que peut-être les incertitudes dont on berce volontiers notre songe avaient pour origine l'emploi d'un symbolisme insuffisamment dégagé de sa gangue sensible. Corpuscule, grain, onde, quelque précaution que l'on prenne pour arracher ces vocables à leur signification originelle, conservent, de leur trop long voyage dans l'espace et dans le temps, de lourdes et persistantes adhérences. Mais si nous pouvions, un jour, affiner ces symboles, perfectionner notre langage, le dématérialiser encore, les contradictions que suscitent en nos esprits les notions paradoxalement associées d'onde et de corpuscule ne s'évanouiraient-elles pas ? Il ne nous est pas interdit de le penser. D'autant que M. Paul Langevin [2], dès 1933, au cours d'une conférence qu'il prononça pour l'ouverture de la *Réunion internationale de chimie physique*, fit effort dans cette voie et justement critiqua l'usage que nous faisons, au plan corpusculaire, de notions créées et développées, nées, si l'on peut dire, et élevées dans le monde macroscopique.

Y a-t-il réellement faillite du déterminisme ? Est-on en droit d'affirmer que les corpuscules n'ont pas de mouvements déterminés sous prétexte qu'il est impossible de définir expérimentalement et au même moment la position et la vitesse d'un corpuscule quelconque ? Est-il permis de parler d'un libre arbitre des corpuscules, d'un libre choix de la nature et de proclamer que la théorie des quanta vient de nous révéler une indétermination fondamentale des lois de la nature ? A ces questions M. Langevin de répondre — et nous aimons à le suivre dans son raisonnement — « que notre conception corpusculaire est inadéquate, qu'il n'est pas possible de représenter le monde intra-atomique en extrapolant jusqu'à l'extrême limite notre conception macroscopique du mobile. Du fait que la nature ne répond pas de façon précise quand nous lui posons une question concernant le mobile corpusculaire, c'est beaucoup de prétention de notre part de conclure : il n'y a pas de déterminisme dans la nature. Il est plus simple de dire que la question est mal posée et que la nature ne connaît pas de mobile corpusculaire ».

Non, vraiment, ces « brèches dans le mur » — dont on se plaît à nous parler — je ne les aperçois point. Et la digue qui protège nos sciences contre le chaos, nos morales contre le désordre me paraît solide encore.

La science contemporaine, sans nul doute, inventa

1. Pour permettre au lecteur de suivre le développement de nos réflexions, il me paraît utile de rappeler que les acquisitions faites en physique depuis une quarantaine d'années ont apporté d'importants bouleversements aux conceptions que nous nous faisons de l'Univers, aussi bien sur le plan scientifique que sur le plan philosophique.

Les Anciens, on s'en souvient, considéraient que la matière ne pouvait pas être indéfiniment divisée et qu'elle était formée de petits éléments dénommés *atomes*. Puis les philosophes grecs admirent la divisibilité illimitée de la matière. C'était là, bien entendu, une idée théorique que l'expérience n'avait pas vérifiée. Peu à peu, l'étude des gaz, de l'électricité, la découverte des rayons X et du radium, pour ne parler que des grandes étapes, ont permis de pénétrer progressivement dans la structure de la matière et de mesurer les grandeurs corpusculaires. Une physique nouvelle est née: la physique nucléaire, dite encore micro-physique.

Rappelons aussi que pour expliquer certains phénomènes, tels que les phénomènes photo-électriques où l'on voit la lumière arracher des atomes d'électricité négative ou *électrons* à la matière, il a fallu admettre que la lumière et les divers rayonnements électro-magnétiques se comportent comme s'ils étaient constitués par des grains d'énergie. La matière ne peut émettre ou absorber cette lumière que par quantités d'énergie finies : elle accumule l'énergie jusqu'à ce que celle-ci atteigne un certain *quantum* proportionnel à la fréquence v de la radiation. Ainsi la radiation est émise par grains discontinus, par *quanta* successifs d'énergie $h\,v$, où h désigne une constante proportionnalité dont Planck a précisé la valeur numérique. On sait que cette géniale hypothèse des quanta a joué un rôle considérable dans le développement de la physique moderne. Ce sont ces notions nouvelles qui ont conduit Einstein à attribuer une structure discontinue aux divers rayonnements électro-magnétiques et à établir l'existence des corpuscules de lumière ou *photons* (1905).

Dès lors, pour pouvoir interpréter certaines propriétés de la lumière il a fallu concilier deux théories en apparence antagonistes : la théorie ondulatoire et la théorie corpusculaire. A Louis de Broglie (1924) revient le mérite d'avoir posé les principes de leur synthèse et d'avoir démontré expérimentalement qu'ondes et corpuscules ne sont que deux aspects complémentaires d'une même réalité et qu'il est impossible d'envisager les unes sans les autres. Ces notions fondamentales ont donné naissance à une branche nouvelle de la physique, la mécanique ondulatoire, qui a pris comme point de départ, aussi bien pour la matière que pour la lumière, la coexistence d'un aspect ondulatoire et d'un aspect corpusculaire.

Tandis que s'effectuaient ces recherches sur le plan expérimental, une conception nouvelle se faisait jour : la théorie de la relativité d'Einstein, qui venait de bouleverser de fond en comble nos idées sur la nature de l'espace et du temps et leur liaison réciproque.

Alors est née autour de la physique quantique une philosophie de combat tendant à proclamer la faillite du déterminisme: les corpuscules n'ont pas de mouvement déterminé, a-t-on dit, puisqu'il est impossible de préciser, au même moment, la position, la vitesse ou la quantité de mouvement d'un corpuscule quelconque. Et certains ont parlé même d'un libre arbitre des corpuscules, d'un libre choix de la nature.

Dans ses *Principes de la théorie des quanta* Heisenberg montre qu'à l'échelle de la physique microscopique il faut tenir compte des causes d'erreur dues aux méthodes d'observation et énonce son fameux « principe d'incertitude ou d'indétermination ». Et voici à nouveau dressé le conflit entre le déterminisme et l'indéterminisme scientifique. Jusqu'à Heisenberg les erreurs sur les variables indépendantes étaient postulées comme indépendantes, dit Bachelard *. L'expérimentateur se croyait toujours capable d'isoler les variables, d'en perfectionner l'étude individuelle; il avait le droit de croire en une expérience abstraite où la mesure ne rencontrait d'obstacle que dans l'insuffisance des moyens de mesure. Avec le principe d'incertitude d'Heisenberg apparaît une corrélation objective des erreurs. Pour trouver la place d'un électron il faut l'éclairer par un photon. La rencontre du photon et de l'électron modifie la place de l'électron; elle modifie d'ailleurs la fréquence du photon. Ainsi donc, en microphysique, il n'y aurait pas de méthode d'observation sans action des procédés de la méthode sur l'objet observé.

D'autres, avec Bohr, prennent une attitude intermédiaire et acceptent volontiers, mais à titre provisoire, la contradiction comme étant la manifestation d'un principe: le principe de complémentarité.

Et l'on est allé plus loin encore. C'est ainsi que le distingué physicien anglais Eddington, dans un livre intitulé *La nature du monde physique*, s'exprime ainsi : « On pourra peut-être dire, en conclusion des arguments fournis par la science moderne, que la religion est devenue acceptable pour un esprit scientifique raisonnable à partir de 1927. »

Quant à Louis de Broglie **, qui a traité ce problème dans son sens le plus profond, il ne dépasse pas les limites d'une conclusion probable. Le déterminisme lui paraît aux prises avec des difficultés quasi invincibles ; mais il ne va pas jusqu'à dire qu'il y a rupture et qu'il faut désormais changer de route. « Il n'est pas interdit de penser, écrit-il, qu'un jour la physique pourrait retrouver à l'échelle microscopique le déterminisme rigoureux dont l'étude du monde macroscopique lui avait naguère suggéré la notion; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, une telle évolution de la physique quantique nous paraît personnellement très peu probable. »

2. P. LANGEVIN : La notion de corpuscules et d'atomes, in *Act. scientifiques industrielles* (*Hermann* et *Cie*, édit.), Paris, 1934.

* G. BACHELARD : Le nouvel esprit scientifique, in *Nouvelle Encyclopédie philosophique* (*Presses Universitaires de France*, édit.), Paris, 1941.

** L. DE BROGLIE : Matière et Lumière, in *Sciences d'aujourd'hui* (*Albin Michel*, édit.), Paris, 1937; Continu et discontinu en physique moderne, in *Sciences d'aujourd'hui* (*Albin Michel*, édit.), Paris, 1941.

pour nous d'admirables paysages de pensée. Et nous en disons volontiers merci aux savants qui, comme Louis de Broglie, renouvelèrent notre vision du monde. Nous acceptons avec joie ce don qu'ils nous ont fait d'un univers moins morne, plus souple et plus riche. Leur cosmos discontinu, leur conception d'un monde où tout serait hétérogène, flatte l'esprit et lui permet de puissantes prises de vue sur la matière. Mais ne nous illusionnons pas. Une science n'est jamais qu'une langue bien faite. Et, comme il est entre la langue de la *Chanson de Roland* et le parler de Racine un long chemin d'échecs et de départs nouveaux, un long chemin vers de plus subtiles cadences, j'attends le jour où notre langage se sera conquis des symboles que nos sens ne tyranniseront plus.

La science a dessein de connaître et de faire connaître l'ordre des choses, c'est-à-dire de l'introduire à la vie intelligible, de le fonder en raison, de le dépouiller des servitudes du concret. « Plus une pensée est élaborée, écrit sévèrement Edmond Goblot, plus elle est loin de la réalité. » Et nous ne pouvons que souscrire à cette austère définition. La science s'avance d'analyses plus poussées en synthèses plus hardiment abstraites. Et qui embrassent chaque fois dans leurs mailles une part plus vaste d'un réel chaque fois plus lointain et tout ensemble plus fervemment présent.

Admettrons-nous donc que le déterminisme, né d'un mode de pensée où les vieilles notions de temps et d'espace se trouvent impliquées, ne saurait s'accommoder des conceptions de la science moderne ? Prétendrons-nous que notre pensée ne parviendra jamais à résoudre les énigmes que nous présente la microphysique contemporaine ?

Laissons à M. Paul Langevin le soin de répondre à ces questions. Et demandons-lui le mot de notre fin :

« Le tableau de notre situation présente des lumières et des ombres. Heureusement, les lumières sont riches et les ombres sont pleines de promesses. Il nous faut savoir gré à ceux qui s'y aventurent pour essayer de découvrir des possibilités nouvelles ou de créer, à l'usage des hommes, un meilleur outillage mental. »

GUSTAVE ROUSSY.

M. Macaigne

(1862-1944).

M. Macaigne vient de mourir à Saint-Leu-la-Forêt dans la maison où il vivait retiré depuis quelques années. Il était né en 1862 à Merville, dans le Nord. Après avoir été externe de Bouchard et de Lannelongue, il avait été l'interne de Jules Voisin à la Salpêtrière puis celui de Le Dentu, de Déjerine, de Tapret et de Cornil. Sa thèse fut une étude très documentée sur le *Bacterium coli* et date de 1892. Il fut nommé interne en 1888, médecin des Hôpitaux en 1900 et chef de service en 1908. Après être resté de longues années à Tenon, il prit un service à Lariboisière en 1923 et le conserva jusqu'à sa retraite en 1928. Il avait été nommé professeur agrégé en 1904.

En 1892 il avait, avec Lesage, publié une étude bactériologique du choléra à Saint-Antoine et plus tard en 1895, toujours avec Lesage, étudié les complications de la convalescence du choléra et l'algidité cholérique. Avec Charles Monod, il publia une étude consacrée aux infections streptococciques. Dans le *Nouveau Traité de Médecine* parurent ensuite des articles consacrés aux staphylococcies, aux infections à tétragènes, aux entérococcies, aux infections à bacilles de Pfeiffer et à diplobacilles de Friedlænder, à la psittacose, aux infections à *Proteus vulgaris* et dans le *Précis de Médecine* des articles sur le cœur et sur le poumon. On lui doit aussi un *Précis d'hygiène* publié en 1911 dans lequel sont résumées toutes les notions d'hygiène générale, d'hygiène individuelle et d'hygiène sociale, cette dernière partie comprenant l'étude de l'hygiène scolaire, de l'hygiène industrielle et de la prophylaxie des maladies contagieuses. Le livre est complété par l'exposé de la législation sanitaire, couronnement de l'œuvre de préservation sociale.

Il publia plus tard avec Nicaud de longues études sur l'aspergillose pulmonaire, sur la granulie, sur la périartérite noueuse.

Il avait une connaissance très profonde de l'anatomie pathologique. Travailler près de lui était d'un immense attrait. Sa précision, sa finesse, sa clarté en faisaient un maître très attachant. L'étude d'une coupe faite avec lui révélait les aperçus les plus étendus sur l'histopathologie générale. Ses leçons sur les lésions essentielles faites au laboratoire de Clamart ou à la Faculté, au laboratoire Lemonnier ont intéressé pendant de nombreuses années les internes auxquelles elles étaient destinées.

Son visage fin, ses yeux pénétrants attiraient dès le premier abord. Sa grande bonté, son désintéressement absolu, son détachement exemplaire, la tendresse enfin qui a rempli sa vie avaient donné à son caractère une teinte un peu étrangère au monde commun.

Il fallait vivre près de lui pour découvrir une finesse et une délicatesse de pensée rares et trouver un écho profond aux plus nobles sentiments.

La vie dictée par la Science qu'il écrivit avec Mme Macaigne en 1936 dénonçait une crise humaine grave et en étudiait les causes. Les auteurs, en recherchant les moyens rationnels de reconstituer la vie sociale, pensaient qu'une loi d'amour doit soumettre l'individu et lui imposer ses devoirs pour lui permettre de trouver dans cette discipline la paix, le bonheur et la liberté.

M. Macaigne s'est éteint après une courte maladie dans le cadre simple, calme et agreste qu'il aimait, ne survivant que de peu à celle à qui il avait voué le plus tendre et le plus complet attachement.

P. NICAUD.

Correspondance

Les poisons caryoclasiques et la radiothérapie.

A propos du « Mouvement Médical » de MM. MALLET et LE CAMUS (5 Août 1944) :

Le premier travail original, publié sur cette question de l'association des alcaloïdes caryoclasiques à la radiothérapie des tumeurs est — je crois, sans contestations possibles — mon article de la *Gazette des Hôpitaux* du 10 Février 1944 intitulé « *Action de la Colchicine sur la radio-sensibilité des tumeurs malignes* ». Ce travail d'ailleurs sous presse depuis le milieu de 1943 résumait plusieurs années de recherches personnelles, entreprises à l'hôpital Bichat depuis 1939, époque où j'ai eu l'idée d'expérimenter systématiquement l'action de la colchicine sur la sensibilité des tumeurs traitées par la radiothérapie profonde. La substance de ce travail a été diffusée ou analysée depuis dans diverses revues médicales.

Puis-je ajouter, à seule fin de compléter cette documentation, qu'un second travail personnel, faisant suite au premier, et tendant à apporter divers éléments nouveaux sur ce problème, venait de paraître à la même *Gazette des Hôpitaux* sous le titre « *Nouvelles considérations quant à l'action de la colchicine sur la radio-sensibilité des tumeurs* », au numéro du 1er Août 1944, quand la suspension des périodiques pendant ce présent mois a empêché ce numéro d'être porté à la connaissance du public. Je pense d'ailleurs que cette publication aura pu avoir lieu quand ces lignes paraîtront dans vos colonnes [1].

Je ne puis d'ailleurs que me féliciter grandement de voir les conclusions personnelles des auteurs de votre « Mouvement Médical » confirmer dans les grandes lignes — et avec les réserves de prudence dont mon premier article soulignait déjà la stricte nécessité au stade actuel de la question — le caractère positif des résultats de mes recherches dans ce domaine si captivant et qui mérite tant d'être amplement et méthodiquement exploré.

ERNEST HUANT.

Livres Nouveaux

La spécificité chimique en séméiologie, par MAURICE LOEPER, avec la collaboration de MM. A. LEMAIRE, A. LESURE, J. COTTET, D. MAHOUDEAU, R. MANDE, A. NETTER, J. PARROT, J. PARROO, M. PERRAULT et J. VIGNALOU, 1 vol. de 140 pages (*Masson* et *Cie*, édit.), Paris, 1944. — Prix : 60 fr.

On a facilement admis en physiologie le rôle des intermédiaires chimiques, sympathine et acétylcholine, qui, libérés au niveau des terminaisons des nerfs des systèmes sympathique et parasympathique, vont agir sur les organes et appareils innervés par le système autonome, produisant tous les effets, à la fois variés et spécifiques, que provoque l'excitation de ces nerfs.

A côté de ces intermédiaires normaux il faut désormais faire une large place aux produits qui, formés sous diverses influences à partir d'éléments normaux des tissus atteints, provoquent dans l'organisme l'apparition de symptômes variés comme ceux qui réalisent une intoxication proprement dite.

La caractérisation et le dosage chimique ou biologique de ces intermédiaires anormaux dans les humeurs et notamment dans le sang permettent d'affirmer que l'un d'entre eux est bien en cause et de retrouver sous la variété des symptômes le même agent causal, aux actions à la fois spécifiques et multiples.

Cette conception moderne de la pathologie, le Prof. Loeper la défend avec une force d'autant plus convaincante qu'il a largement contribué pour sa part à l'établir par les faits. Une phrase de la préface résume bien cette conception. « Dans toute maladie, un produit biologique commande un symptôme, un syndrome stigmatise un produit nocif. C'est ce que l'on peut appeler la spécificité chimique en séméiologie. »

Quels sont ces produits biologiques ? Ce sont des produits azotés : des polypeptides et surtout des amines sorties des acides aminés correspondant. La transformation de l'acide inoffensif en amine toxique par décarboxylation, c'est-à-dire par perte de CO^2, est favorisée par l'acidose et empêchée par l'alcalinisation des humeurs.

La plus connue des amines est l'histamine : toutes ses actions sont étudiées ici dans des chapitres successifs dont chacun est généralement consacré à l'étude d'un syndrome défini. Elle est surtout responsable du syndrome d'histolyse massive observé au cours du choc, de la toxicose des brûlés, de la maladie des rayons ; de la triade asthme-urticaire-migraine ; de certaines affections gastro-intestinales ; de l'hypotension des typhiques. On la retrouve au cours de l'ictère catarrhal, de certains œdèmes et même d'infarctus viscéraux. La thérapeutique antihistaminique présente donc un gros intérêt : elle est ici largement traitée.

Parmi les amines figure aussi la tyramine, que le Prof. Loeper a spécialement étudiée, et que l'on peut déceler en quantité anormale dans certaines formes d'hypertension que peut amender un traitement soufré ; dans les cas d'imperméabilité rénale et chez les hépatiques. Un chapitre est consacré à la question de l'équilibre entre histamine et tyramine ; d'autres exposent le rôle de ces amines dans les pneumopathies, leur action spasmogène et vasomotrice, leur présence dans des cas de cancers, de leucémie, d'anémie.

D'autres bases aminées enfin, comme la choline, la tryptamine, la guanidine, interviennent dans divers syndromes toxiques.

Les actions — on pourrait dire les méfaits — des amines biologiques constituent un ensemble impressionnant : l'avenir montrera sans doute que leur liste était encore incomplète. Dans l'état actuel de la question leur étude d'ensemble, faite par des spécialistes avertis, présente un intérêt théorique et pratique si grand que sa lecture ne manquera pas de passionner tous les médecins.

RENÉ HAZARD.

La veinographie (Moyen d'étude de la physiopathologie des phlébites et autres affections veineuses), par M. SERVELLE, 41 planches radiographiques avec schémas et texte explicatif. *Maloine* et *Cie*, édit.), Paris, 1944.

Voilà un beau travail où la qualité de la forme (reproductions par tirages photographiques directs, sans réduction, de veinographies des membres) est égale à celle du texte clair, dépouillé, où Servelle expose, avec une chaleur convaincante, tout le profit que l'on peut tirer de ce procédé si séduisant d'exploration du système veineux périphérique.

Disciple de mon maître Leriche, Servelle rappelle tout d'abord les différentes conceptions pathogéniques de cette véritable maladie sociale qu'est la phlébite. Il insiste sur le rôle salutaire de la chirurgie physiologique, infiltration des chaînes sympathiques et résection du segment thrombosé, à laquelle le nom de Leriche est si étroitement attaché.

Mais encore faut-il, pour que le geste thérapeutique soit précis, dans le temps et dans l'espace, être éclairé sur la réalité, le siège, la nature, l'étendue de la ou des thromboses, sur l'état du système veineux du membre intéressé. C'est à ce but que tend la veinographie. L'exploration est de technique simple, indolore, inoffensive.

La lecture des images demande une connaissance préalable exacte de l'anatomie radiologique normale des veines des membres, opportunément rappelée par deux planches de veinographies normales de la jambe et du bras. Le polymorphisme des oblitérations, dans leur siège et leur caractère propre, est bien mis en valeur par les belles figures de cet atlas. La reproduction photographique directe, déjà employée par C. Chaussé dans ses magnifiques atlas de radiologie otologique et par Goldhammer dans son livre de radiologie cranienne, permet, et permet seule, une interprétation aisée, à l'échelle, des signes les plus discrets que n'expriment qu'incomplètement les meilleures photogravures telles que celles des travaux récents de W. Hellsten et de G. Bauer sur la phlébographie, que nous avons entre les mains. Qu'il soit seulement permis de regretter que cette perfection incontestable et séduisante de la forme nuise à la vulgarisation de pareils ouvrages.

P. PORCHER.

Plus d'enfants dégénérés, par GEORGES O'HEUCQUEVILLE. 1 volume in-16, 69 figures (*Librairie Hachette*), Paris. — Prix : 24 francs.

La grande saignée, que les événements actuels imposent à une partie importante de l'humanité, donne aux questions de renouvellement des peuples un intérêt puissant. La famille passe au premier plan des préoccupations des hommes d'Etat, désireux de voir survivre au grand cataclysme les caractères nobles et les talents éprouvés hérités des ancêtres.

Le docteur Georges d'Heucqueville, qui au Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville enseigne depuis nombre d'années la puériculture prénatale, vient de publier en un petit volume très clair, à l'usage des assistantes sociales et sages-femmes, un guide précis et sûr, consacré aux diverses questions de l'eugénique et de la dégénérescence.

Les premiers chapitres du livre constituent des exposés, simples mais lucides, des notions principales classiques sur l'origine, la croissance, les métamorphoses des êtres vivants, sur les espèces, les sexes, les races, les caractères héréditaires, etc. Appliquant ces notions générales à l'étude de l'enfant et de l'homme, d'Heucqueville se trouve tout naturellement bien armé pour faciliter la compréhension des maladies familiales et donner un bon exposé de cette idée de *dégénérescence*, aussi ancienne que l'idée d'hérédité, mais vulgarisée surtout au XIXe siècle par Morel et ses disciples.

Je n'aime pas beaucoup ce terme de dégénérescence qui englobe sous un même vocable des stigmates pathologiques disparates de causes variées, et qui semble impliquer l'idée d'une évolution progressive, irréversible et fatale.

Puisqu'on connaît les causes principales de ces tares de dégénérescence : alcoolisme, syphilis, tuberculose, arthritisme, saturnisme, carences alimentaires, etc., pourquoi ne pas regarder tout simplement ces déficiences anatomiques, physiologiques, morales des enfants nés de parents atteints de ces affections, comme l'expression de troubles de développement qu'il importe de ramener chacun à leurs causes particulières.

En se plaçant ainsi sur le terrain de la médecine clinique, le praticien se persuadera plus facilement que ces tares ne sont pas au-dessus des possibilités de la thérapeutique et que pour régénérer une lignée, une race, il faut y guérir les maladies connues comme causes de dégénérescence, puis en préserver 3 générations successives, œuvre de patience, de longue haleine, mettant en œuvre les règles courantes d'hygiène et de prophylaxie, mais œuvre éminemment utile, véritable devoir de la médecine envers la famille et la race.

Nous félicitons vivement notre confrère d'Heucqueville d'avoir mis en relief cette idée de la *régénérescence*, d'avoir tracé les premières lignes d'un programme de vaillance et de foi dans les ressources de la Nature et de la Science.

P. DESFOSSES.

1. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 15, Août-Septembre 1944, 230.

INFORMATIONS

Commission Académique d'Enquête de Paris

Par arrêté du 26 Octobre 1944 : M. ROUSSY, recteur de l'Académie de Paris, est nommé président de la Commission académique d'enquête de Paris.

MM. LEMIERRE et PASTEUR VALLERY-RADOT sont nommés parmi les membres de la sous-commission de l'Enseignement supérieur du Conseil académique d'enquête de Paris.

ORDONNANCE DU 18 NOVEMBRE 1944 RELATIVE A LA Nomination des Professeurs de l'Enseignement supérieur

Article premier. — Est expressément constatée la nullité des actes de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français :

1° Loi du 15 Juillet 1941 [1] relative à la nomination des professeurs de l'enseignement supérieur ainsi que tous les textes d'application de cette loi ;

2° Loi du 27 Juin 1944 [2] modifiant les conditions de recrutement des professeurs titulaires des Facultés de médecine et le décret du 27 Juin 1944 portant règlement d'administration publique pour l'application de cette loi.

Cette constatation de nullité ne porte pas atteinte aux effets des dits actes découlant de leur application antérieure à la mise en vigueur de la présente ordonnance.

Art. 2. — Les présentations établies par la section permanente du Comité supérieur de l'instruction publique, en vue de la nomination des professeurs de facultés, sont remplacées par des présentations faites par un comité de spécialistes composé ainsi qu'il suit pour chaque discipline :

1° Le directeur de l'enseignement supérieur, président ;

2° Le doyen de la Faculté de l'Université de Paris appartenant à l'ordre de la faculté intéressée ;

3° Trois représentants de la discipline à laquelle appartient la chaire vacante.

Jusqu'à la fin des hostilités, ces représentants seront désignés par le ministre, qui pourra leur adjoindre un spécialiste n'appartenant pas au personnel des facultés.

Le comité établira une liste de présentations comportant deux noms placés dans l'ordre de préférence.

Les nominations des titulaires des chaires rétribuées sur fonds d'Université seront soumises à l'avis du comité dans les mêmes conditions que les nominations des titulaires de chaires rémunérées sur le budget de l'Etat.

(*J. O.*, 19 Novembre 1944.)

1. Voir *La Presse Médicale*, 1941, n°s 64-65, 831.
2. Voir *La Presse Médicale*, 1944, n° 15, 239.

Prix de l'Académie des Sciences

Extraits des 1re, 2e et 3e listes des prix et subventions attribués en 1944.

ECONOMIE RURALE.

Prix Paul Marguerite de la Charlonie. — Un prix de 15.000 fr. à M. Joseph Magrou (Paris), pour l'ensemble de ses travaux de phytopathologie, portant principalement sur l'étude de la symbiose entre plantes supérieures et champignons.

ANTHROPOLOGIE.

Prix André-C. Bonnet (4.000 fr.). — M. Léon Pales, pour l'ensemble de ses travaux de paléopathologie, d'anthropologie et d'ethnographie africaine.

MÉDECINE ET CHIRURGIE.

Prix Montyon. — Trois prix de 6.000 fr. sont décernés : à MM. Charles Laubry et Pierre Soulié, membres de l'Académie de médecine, pour leur ouvrage sur *Les maladies des coronaires, L'infarctus du myocarde, L'insuffisance coronarienne* ; à MM. René Ledoux-Lebard et Jean Garcia-Calderon, pour leur *Technique du radiodiagnostic* ; à M. Lucien de Gennes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses travaux sur le traitement des insuffisances endocriniennes par les implants sous-cutanés de comprimés d'hormones.

Prix Barbier (5.000 fr.). — MM. Albert Leulier et Paul Sédallian, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, pour leurs travaux sur la chimie des toxines microbiennes, en particulier sur la toxine diphtérique.

Prix Bréant. — Deux prix de 10.000 fr. sont décernés à M. Georges Curasson, inspecteur général des Services vétérinaires des Colonies, pour son *Traité de protozoologie vétérinaire et comparée* ; à M. Pierre Grabar, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour ses études immunochimiques à l'aide de méthodes analytiques quantitatives.

Prix Jean Dagnan-Bouveret. — Deux prix de 3.000 fr. sont décernés : à M. Jean Didiée, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour ses méthodes d'exploration radiologiques en coupe ; à M. André Fribourg-Blanc, médecin général, directeur du service de santé de la Région de Paris, pour son mémoire sur *La prophylaxie mentale dans l'Armée.*

Un prix de 4.000 fr. est décerné à M. André Le Grand, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, pour ses recherches expérimentales sur le bulbe rachidien.

CANCER ET TUBERCULOSE.

Fondation Roy-Vaucouloux (7.000 fr.). — Les arrérages de la fondation sont attribués à Mme Simone Laborde, pour l'ensemble de ses travaux d'ordre biologique sur la radiosensibilité des tissus.

Prix Louise Darracq (6.000 fr.). — M. Sotirios Briskas, pour l'ensemble de ses recherches biochimiques sur le cuivre dans les anémies, carences et tumeurs.

PHYSIOLOGIE.

Prix Montyon (6.000 fr.). — M. Charles Kayser, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour son ouvrage intitulé : *Les échanges respiratoires des Hibernants.*

Prix L. La Caze (12.000 fr.). — M. André Rochon-Duvignaud, membre de l'Académie de médecine, pour son ouvrage intitulé : *Les yeux et la vision chez les Vertébrés.*

Prix Pourat (4.400 fr.). — M. Roger Coujard, pour son ouvrage intitulé : *Le rôle du sympathique dans les actions hormonales.*

En mémoire des Externes morts pour la France

Une cérémonie simple et émouvante en l'honneur des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris morts pendant les combats de la Libération s'est déroulée le 10 Novembre dans la cour de l'Hôtel-Dieu. Le bureau de l'Association des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris avait convié ses adhérents et les chefs de service des hôpitaux à se joindre à lui pour venir se recueillir au pied du monument élevé en 1924 dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu à la mémoire des externes et anciens externes tombés pour la France pendant la guerre 1914-1918 et unir dans une même pensée le souvenir des camarades morts pendant la Grande Guerre et celui des externes tombés pendant les combats de la Libération.

Le général DE GAULLE s'était fait représenter par un officier de la Place de Paris, le capitaine ALLÈGRE. Devant une nombreuse assistance où nous avons remarqué la présence de M. LÉVÊQUE, directeur général de l'Assistance Publique, de nombreux médecins et chirurgiens des hôpitaux, des externes et internes des hôpitaux et des représentants des familles des glorieux disparus, une croix de Lorraine de fleurs fut déposée au pied du monument aux externes et deux brèves allocutions furent prononcées par deux membres du bureau de l'Association, le docteur F. LEPENNETIER et M. DUBOIS. L'appel du nom des externes tombés pour la Libération, suivi d'une minute de recueillement, termina cette cérémonie.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Leçons pratiques particulières des techniques de laboratoire. Ecr.: Laboratoire, 74, rue de la Tour, Paris-16e.

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au courant termes médicaux. Ecr. *P. M.*, n° 745.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'ad. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm. clin. s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Visiteur médical d'un des premiers Labo de Paris, introd. dep. 18 a. aupr. des prat. de la banl. Seine, S.-er-O. et S.-et-M., ch. à s'adj. 1 Labo pr ce sect. Ecr. *P. M.*, n° 835.

On désirerait vendre maison de retraite et repos environs imméd. de Paris, 30 pensionnaires, banl. sud-est. Propriété au milieu parc. Ecr. *P. M.*, n° 842.

Dame sér. référ., bon instruc. et éducat., ch. emploi demi-journée, de préfér. ch. Dr, dentiste ou autre, pte comptabilité, tél., récep. client. Ecr. *P. M.*, n° 844.

Appartement 4 p., cuisine, conf., 1er ét., ds 9e arr. à louer de préf. à méd. ou pharm. sinistré. Ecr. *P. M.*, n° 845.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, 846.

A vendre, en parf. état statif Zeiss, cuivre, platine tournante, chariot mobile. En coffret. Objectifs: Zeiss à immersion, 160 *mm.*, Leitz, 2 et 7; Reichert, 3; Oculaire, 3. Oculaires compensateurs, 4, 6 et 18. Appareil de diathermie. Petite instrumentation d'urologie. Tables. Cystoscopes. Stérilisateur. Téléphoner à Wagram 59-18.

J. femme exc. réf. recherche, soit secrét. méd. ap.-midi ou journée près phtisiologue, accouch., chirurg., soit emploi second. direct. clinique. Ecr. *P. M.*, n° 850.

Laboratoire analyses recherche chimiste très au courant analyses médicales. Hinglais, 30 r. de Miromesnil, Paris.

Dame ch. emploi ch. docteur ou dentiste. Recevrait clientèle. S'occuperait intérieur, Paris. Ecr. *P. M.*, n° 853.

Infirmier salle d'opérations, muni tr. bonnes référ., dem. place maison de santé Paris ou province. Conduirait ambulances ou Ducteur dans ses déplacements. Ecr. *P. M.*, n° 853.

J. f. veuve de médecin, pratique rech. expériment., courant récept., stéril., ch. empl. ch. Dr ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 868.

J. f. laborant. dem. empl. préf. rech. expérim. Ecr. *P. M.*, 869.

J. dame tiendrait intérieur ch. Dr seul, ferait repas midi et récept. clientèle, petit secrétariat. Ecr. *P. M.*, n° 870.

Région Ouest, visiteur médic. ayant Labo important, tr. bien introduit, s'adjoindr. Labo complément. produits réel intérêt. Ecr. *P. M.*, n° 874.

Infirmière (études médic. interrompues), fille officier, ch. poste secrét. assistante médec. ou dentiste. Ecr. *P. M.*, n° 881.

Infirmière. vve de médecin, 10 ans direction clinique, 2 a. économat, tr. sér. réf., ch. poste stable clinique ou maison d'enfants. Ecr. *P. M.*, n° 882.

Visiteur médical meill. référ., expér. acquise, tr. sérieux, introd. dep. 10 a. aupr. médecins, clin., hôp. rég. Ouest, rech. Labo exclusivité. Ecr. *P. M.*, n° 883.

Laborantine conn. histologie, hématologie, chimie biologique, sér. réf., ch. empl. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 884.

Médecin au courant radiologie cherche remplacement médecine générale Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 885.

A céder à Vichy cabinet médical avec appartement. Très bien situé. Ecr. *P. M.*, n° 886.

Chirurgien dentiste, Dr en médecine, ch. place opérateur ch. dentiste ou stomatologiste. Tél. heures repas Dan. 14-04.

Prospecteur médical visitant 1.000 à 1.200 Drs et Sage-f., ch. Labo région Marseille, Var et Gard, peut extension. Ecr. V. Gervais, 1, pl. du Change, à Marseille (B.-du-R.).

Jne fille. 22 a., tr. au cout. bactériolog., sérolog., hématolog.; infirmière dipl. Etat, pouv. faire tous prélèvements, ch. sit. ds Labo. Ecr. *P. M.*, n° 889.

Tr. belle propriété banl. Ouest, 18 *km.* Paris Saint-Lazare, à 300 *m.* gare, 14 chamb. av. cab. toil., 2 s. de b. 2 gds salons, s. à manger., bureau, grand hall, chauff. central, eau chaude, beau parc 2.000 *m.* env. av. p. d'eau et arbre, à louer pr clin., mais. santé ou d'accouch., mais. repos ou de famille, libre de locat. 1er Janv. 1945. Ecr. *P. M.*, n° 890.

Visit. médic. 28 a., tr. b. introd. corps médic., référ. 1er ordre, ch. Labo exclusif ou non pr Normandie, Bretagne, Vendée, Poitou, Touraine. Ecr. *P. M.*, n° 891.

J. f. bach., st.-dact., dem. secrétariat 3 ou 4 f. p. sem. Ecr. *P. M.*, n° 892.

Laborantine dipl. bact., dipl. sérologie Fac. méd. Paris, 30 ans, ch. emploi Labo Paris. Ecr. *P. M.*, n° 893.

On demande interne 16 inscript. Ecr. av. référ. Direction Mais. Santé Psychiatrique de Vieille-Eglise, par Rambouillet (S.-et-O.). Tél. n° 9.

J. laborant., conn. parf. anal. biol., ch., bact. et techn. prélèv.; posséd. 3 a. min. réf. m. pl.; habit. rive g. ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, réf., prét. à Pharm., 4, Pl. Porte-Orléans.

On demande laborantine pouvant taper à la machine et traduire l'allemand scientifique. Ecr. *P. M.*, n° 896.

Infirmière diplômée, sér. référ., ch. direction clin. ou poste panseuse, anesthésiste, Paris, province. Ecr. *P. M.*, n° 897.

Achètera s app. ophtalm. Javal, boîte de verres. Ecr. *P. M.*, n° 898.

A vendre basiotribe Tamier, ciseaux de Dubois et porte-jambes portatif pr intervention au lit. Ecr. *P. M.*, n° 899.

Jne fille assist. radiol., ay. suivi av. succès cours Inst. d'Arsonval, ay. fait stages ds hôp., de plus conn. st.-dac., ch. pl. ch. radiologue ou ds clin. Ecr. *P. M.*, n° 900.

Visiteur médic. Paris, Labo tr. connu, ch. s'adj. 2e Labo. Ecr. *P. M.*, n° 901.

Externe des hôp. scolarité terminée, long. prat. visites méd. ch. prospect. Paris ou banl. proche. Ecr. *P. M.*, n° 902.

Méd. biol. ch. occ ds Labo an. méd. rég. Parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 903.

Fille médecin ch. secrétariat apr.-midi seulem. Parle anglais. Ecr. *P. M.*, n° 904.

Laboratoire demande pour Paris et les grands centres visiteurs (es) médicaux, même débutants. Envoyer *curriculum vitæ* et références à *P. M.*, n° 905.

A vendre moto Gnome et Rhône 4 C V culbuté, type CMI, sans éclairage. Bon état de marche. Ecr. *P. M.*, n° 906.

Etudiant Dr, fin études, ch. empl. pr. clin. ou Labo Ecr. *P. M.*, n° 907.

A céder appareillage puissant de radiodiagn. à 4 kénotrons, presque neuf et div. appar. à ondes courtes, occas. Ecr. *P. M.*, n° 908.

Electro-radiol. dispos. appartem. entièrem. aménagé vue spécialité, s'associer, av. confr. dispos. matériel ou acheter. matériel. Ecr. *P. M.*, n° 909.

Dispensaire recherche appareil à rayons ultra-violets 10 Ampères environ, excellent état. Faire offre à Action Sociale de Montreuil, 16 *bis*, rue des Petits-Bois, Versailles.

Electro-radiol. lgue prat. ch. poste spécialiste grde administrat. ou Cie, ou associat., reprise, aider confr., fer. rempl. Ecr. *P. M.*, n° 911.

Radiologue qualifié, expérim., libre, ch. sit. Ecr. *P. M.*, n° 912.

On cherche mais. de santé pour y installer appareil de radiothérapie profonde de 400.000 volts. Ecr. *P. M.*, n° 913.

A vendre side-car pour vélomoteur. Tél.: Troc. 22-18.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
ALFRED COROUGE, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LE PROBLÈME PATHOGÉNIQUE DU BENZOLISME PROFESSIONNEL

PAR MM.

M. DUVOIR, H. LEROUX et L. DÉROBERT

(Paris)

La pathogénie des hémopathies benzoliques paraît obscure et ce n'est pas sans une réelle gêne qu'on évoque les paradoxales intoxications qui semblent frapper certains sujets au hasard et sans aucune règle alors que d'autres ne sont pas atteints bien qu'ils se trouvent dans des conditions d'imprégnation toxique identiques. L'ignorance de l'action du benzol sur l'organisme s'avère plus grande encore devant les leucocytoses, les réactions leucémiques et les hémopathies que deux d'entre nous ont appelées « retardées ». A notre avis, une étude plus complète du métabolisme du benzène introduit dans l'organisme et la connaissance du devenir du toxique au contact et au sein même de la cellule vivante peuvent éclaircir ce problème dont l'intérêt médico-social n'échappe plus à personne.

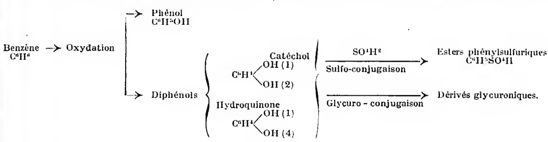
La voie principale d'introduction du benzène dans l'organisme est l'appareil respiratoire. Selon Lehmann, 40 à 45 pour 100 du benzène inhalé sont rejetés en nature par la respiration. De l'autre partie, une fraction subit à l'intérieur de l'organisme des transformations et est éliminée, tandis que l'autre s'amasse dans les viscères. Les recherches de Lehmann furent reprises en 1934 par Gueffroy et Luce qui précisèrent que 66 à 73 pour 100 du benzène inhalé étaient rejetés par la voie pulmonaire durant l'inhalation, que 4 à 19 pour 100 l'étaient après l'inhalation et que la quantité persistant dans l'organisme variait de 15 à 23 pour 100. Récemment Vigliani et Reina, chez l'homme, ont montré que l'absorption du benzène par la voie pulmonaire est très rapide : maxima au cours des premières minutes de l'inhalation, elle décroît progressivement et très lentement. Pour ces auteurs, la quantité totale de benzène absorbée représente de 36 à 71 pour 100 du benzène inhalé ; la partie de celle-ci qui reste dans l'organisme où elle va subir l'oxydation correspond à 46 (83 pour 100 du benzène absorbé) et 29 (56 pour 100 du benzène inhalé).

Le benzène est oxydé en phénol et diphénols (catéchol et hydroquinone après être passé vraisemblablement par un stade d'oxydation intermédiaire comme l'admettent Gueffroy et Luce. Les produits phénoliques sont éliminés dans les urines après conjugaison avec l'acide sulfurique ou avec l'acide glycuronique.

L'élimination sous forme de dérivés sulfoconjugués entraîne des modifications des constantes soufrées urinaires, en particulier l'élévation du rapport soufre inorganique/soufre total[1] qui, dès 1936, fut proposée par Yant et ses collaborateurs comme test pouvant servir au dépistage du benzénisme chronique.

Depuis lors, de très nombreux auteurs ont confirmé ces faits expérimentaux chez l'homme en contact avec les vapeurs benzéniques et précisé que le rapport soufre inorganique/soufre total variait parallèlement à la concentration du benzène dans l'air inhalé.

Telles étaient les connaissances que nous possédions sur le métabolisme du benzène et que deux d'entre nous ont résumées dans le tableau suivant[2] :



La proportion de phénol formée est fonction de l'intensité des phénomènes d'oxydation et *cette intensité varie dans une large mesure avec les individus*. Flury indique qu'elle peut varier du simple au double (15 à 30). Les recherches effectuées jusqu'à présent n'ont pas permis de connaître où se fait cette oxydation (Péronnet). Cependant les travaux récents de Seghini montrant que les phénols libres ou conjugués s'élèvent dans le sang des sujets intoxiqués, il est logique de penser que l'oxydation du benzol se produit dans le sang à la faveur de certaines oxydases localisées spécialement sur les globules blancs non granuleux et granuleux.

L'étude chimique comparée du benzène et de ses homologues (toluène, xylènes) montre que chez ces derniers le phénomène d'oxydation est différent, il se forme surtout par suite de la fragilité des chaînes latérales de l'acide benzoïque (toluène) et des acides toluiques (xylènes) à côté d'une faible proportion de crésols et de xylénols. Or l'expérimentation et l'observation clinique montrent que seul le benzène est générateur d'hémopathies graves caractérisées classiquement par une anémie et une leucopénie avec neutropénie. Etant donné l'innocuité de l'acide benzoïque et des acides toluiques et, par contre, la nocivité des phénols, il était logique d'attribuer à ces derniers l'action néfaste du benzène sur les organes hématopoïétiques. C'est à cette théorie admise par de nombreux auteurs étrangers que s'étaient ralliés récemment deux d'entre nous, à cette différence près qu'ils supposaient que le produit toxique n'était pas le phénol mais un corps intermédiaire d'oxydation.

Il semble plutôt que dans le métabolisme du benzène la réaction nocive soit la sulfoconjugaison qui, lorsqu'elle est trop abondante, a comme conséquence de priver l'organisme du soufre qui lui est nécessaire et dont la carence participera à la constitution de l'hémopathie. L'oxydation en phénols n'aurait donc plus qu'un rôle indirect : son importance quantitative commande l'importance de la sulfoconjugaison et la moindre nocivité du toluène et des xylènes dépendrait de la moindre proportion de corps sulfoconjugués fournis par leur métabolisme.

L'intoxication chronique doit être envisagée comme une succession d'intoxications subaiguës *a minima*. Dès les premières inhalations, le benzène se comporte dans l'organisme comme il le ferait au cours d'une intoxication aiguë. La symptomatologie, bien que très fruste, est essentiellement nerveuse (céphalées, vertiges) ; la sulfoconjugaison s'effectue et son élévation précède toute modification sanguine, tout au moins du type connu classiquement. Mais une portion du toxique reste dans l'organisme et va s'amasser dans deux organes : le *foie*, siège de la sulfoconjugaison et de la réserve soufrée, et la *moelle osseuse* (Joachimoglu, Gettler, Koppenhofer, Laurian). Cette petite quantité de benzène, toxique doué d'une « sensibilité différentielle » (Dustin) pour les éléments granuleux du sang, entraîne une *leucocytose transitoire* sur laquelle P. Chevallier et nous-mêmes avons récemment insisté. L'inhalation quotidienne répétée et subintrante de petites quantités de benzène se poursuivant, la sulfoconjugaison s'effectuera normalement jusqu'au stade de dérèglement, puis elle se trouvera forcée. Les raisons de ce dérèglement sont successives.

Dans un premier temps, la sulfoconjugaison qui se trouve considérablement accélérée et activée entraîne une mobilisation importante de la réserve soufrée qui bientôt se trouvera réduite. Les recherches de M. Loeper, J. Cottet et Tanasesco ont montré cette chute ; celles de Farker et Kracke, en particulier, ont précisé la diminution du *glutathion* dans la moelle osseuse et dans le sang.

La chute de la réserve soufrée et surtout du glutathion a pour conséquence : 1° Des modifications des oxydo-réductions cellulaires qui sont capables à elles seules, comme l'a montré Warburg, d'engendrer des anomalies de la division cellulaire ; 2° une chute de la réserve organique en *acide ascorbique*. La carence ascorbique succédant à la carence soufrée réalise le deuxième temps des troubles engendrés par la sulfoconjugaison.

La diminution de la charge ascorbique de l'organisme est la conséquence primitive et obligatoire de la baisse de glutathion[3], Hopkins ayant montré que le glutathion réduisait l'acide ascorbique oxydé au cours des phénomènes vitaux. A cette absence de réactivation peut s'ajouter une mauvaise absorption due à l'existence de ces troubles gastriques dont P. Chevallier et Moutier ont récemment rappelé la fréquence et la précocité. La carence ascorbique au cours de l'intoxication chronique par le benzène est d'ailleurs un fait maintenant bien connu (Friedmann, Meyer, Hagen, Castrovilli, Heim de Balsac, Perrault et Roubinet, Pouneau-Delille).

La carence en vitamine C a pour conséquence des modifications des oxydo-réductions tissulaires qui se trouvent considérablement réduites et qui vont s'extérioriser par les troubles sanguins que l'on a groupés sous le nom de *prébenzolisme*.

La carence fait donc partie du processus toxigène benzolique lui-même et ne crée pas cette prédisposition pour laquelle P.-E. Weil et L. Pollet invoquaient l'existence d'un « sol hématique ».

L'introduction du benzène dans l'organisme a vraisemblablement d'autres conséquences. La lymphocytose, signalée récemment par J. Bernard, par J. Garnier et R. Cordier, n'est peut-être que l'expression d'une baisse de la réserve organique en *vitamine* du groupe *B* et en particulier de la *vitamine M* dont la carence se manifeste par une anémie hypochrome avec leucopénie intense, granulopénie sévère et hypoplaquettose (Day, Langston, Schunkers, Darby). Ce sont là des notions que des recherches actuellement en cours pourront peut-être préciser.

Tels sont les phénomènes cellulaires qui s'effectuent au début de l'intoxication chronique. Mais à mesure que le benzol pénètre dans l'organisme et

1. Le rapport soufre inorganique/soufre total proposé par Yant n'est pas utilisé dans les autres pays où l'on détermine le rapport soufre conjugué/soufre total. Nous rappellerons à ce propos que le soufre existe dans l'urine sous trois formes : *a*) le soufre total constitué du soufre minéral, le soufre conjugué et le soufre organique ; *b*) le soufre minéral ou inorganique ; *c*) les sulfates totaux comprenant le soufre minéral et le soufre conjugué.

2. M. Duvoir et H. Leroux : *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1943, n° 8-9, 90-98

3. D'autre part la carence ascorbique peut être aggravée par la perte de l'organisme en acide glycuronique (A. Meyer).

que, de ce fait, les réserves soufrées et ascorbiques diminuent, le toxique ne s'oxyde plus, donc n'est plus éliminé et s'amasse chaque jour davantage dans les tissus, surtout dans la moelle osseuse. A la leucocytose primitive et transitoire fait place une période de leucopénie manifeste période classique et fort longue. Cette phase n'est certainement pas l'unique expression du benzolisme et n'est peut-être pas le caractère spécifique de l'intoxication L'existence des états leucémiques avec tous leurs intermédiaires consistant dans les constatations paradoxales de l'hémogramme et du médullogramme (Perrin, Kissel et Pierquin), la constatation d'une moelle osseuse en phase de régénération au cours d'une hémopathie retardée mortelle sans signe sanguin de cet ordre (M. Duvoir et L. Dérobert) militent en faveur de la théorie développée par P. Chevallier qui fait des hémopathies benzoliques des « leucoses ». De plus, il faut considérer l'action mitosique du benzène lui-même qui se comporte comme un véritable poison caryoclasique (Wada, Meites et Gavaudan).

Ainsi l'intoxication par le benzène se manifeste selon deux types hématologiques, eux-mêmes fonction du temps de l'intoxication, mais surtout variables avec les individus. Dans une phase primitive le benzol, en petites quantités, joue son rôle de poison caryoclasique et entraîne une leucocytose transitoire. Par suite des perturbations des oxydo-réductions tissulaires consécutives aux carences soufrée, puis ascorbique et vitaminique B, les phénomènes d'arrêt des divisions cellulaires s'extériorisent par les signes hématologiques classiques. Mais du fait de la diminution des oxydo-réductions, le benzol s'amasse dans le tissu médullaire sans y être oxydé et continue à jouer son rôle caryoclasique. La leucose qu'il détermine s'extériorisera selon le pouvoir oxydo-réducteur de l'organisme. Si celui-ci est rapidement forcé, elle sera précoce (leucémie), sinon, elle sera tardive, passera le plus souvent inaperçue, restera tissulaire, car le dérèglement des fonctions d'oxydation ne permettra plus qu'elle atteigne la phase sanguine.

C'est donc à juste titre que les auteurs, qui les premiers ont étudié le comportement des sulfoconjugués urinaires au cours du benzolisme, ont insisté sur l'absence de parallélisme entre les modifications hématologiques et celles des sulfoconjugués. L'élévation de ces derniers ne traduirait que l'importance du contact de l'organisme avec le benzène. Mais cette opinion affirmée par la plupart des auteurs, en particulier par Jephcott et Bulmer, comporte une réserve. L'augmentation de l'élimination sulfoconjuguée n'est pas seulement le témoin d'une oxydation active du benzène par l'organisme, elle est aussi un danger par l'élimination intense des composés sulfhydrilés qu'elle entraîne. La perte de sa réserve soufrée met, en effet, l'organisme en état de carence : *le péril toxique benzolique est écarté, les dangers carentiels commencent.* Le taux des sulfoconjugués urinaires n'est d'ailleurs pas toujours proportionnel à la quantité de benzène inhalée, car la sulfoconjugaison est en rapport direct avec le potentiel d'oxydo-réduction de chaque individu. Plus l'organisme sera capable par le jeu des oxydo-réductions de transformer le benzène, plus il se libérera de l'imprégnation toxique ; moins l'organisme éliminera de sulfoconjugués, plus vite il sera susceptible d'être atteint de manifestations toxiques. Le taux des sulfoconjugués urinaires ne témoigne donc pas de la gravité de l'intoxication, ce qu'Askroll a exprimé en écrivant que toute intoxication benzolique au cours de laquelle l'élimination du soufre oxydé est au-dessous de 50 pour 100 est une intoxication sévère, tandis que celle au cours de laquelle l'élimination dépasse 50 pour 100 a chance de guérir.

La faculté avec laquelle l'organisme oxydera, puis éliminera le benzol, n'est en définitive que l'expression de la prédisposition ou de la susceptibilité

Prédisposition, résistance, intoxication ne sont souvent que l'expression de la grandeur de l'activité cellulaire, chaque organisme réagissant à la mesure de son pouvoir oxydo-réducteur [4].

4. Pour plus de détails, consulter l'article « Oxydo-réductions et toxiques industriels. Contribution à la pathogénie des intoxications professionnelles » dans les *Archives des Maladies professionnelles*, 1943, 5, n° 5-6, 125-156.

QUELQUES POINTS PARTICULIERS DE TECHNIQUE DE LA PNEUMOTOMIE POUR ABCÈS DU POUMON

PAR MM.

P. SANTY et Marcel BÉRARD

(Lyon)

Dans une récente publication nous montrions quelles étapes avaient été parcourues lors de ces dernières années dans l'amélioration des résultats du traitement chirurgical de l'abcès du poumon. Si cette amélioration dépend en bonne partie d'un choix plus judicieux et plus précoce des malades confiés aux chirurgiens, elle ne procède pas moins des progrès techniques réalisés dans ce domaine.

Repérage et voie d'abord.

Peu de mystères, semble-t-il, dans ce premier temps de l'intervention. Sitôt avant l'opération le malade est passé derrière l'écran sous incidences multiples : il est facile, avec un peu d'habitude, de déterminer de façon précise le siège de proximité maxima de la lésion par rapport aux plans superficiels. Le trait de crayon dermographique tracé sous l'écran vient apparemment montrer la voie de l'incision. Et pourtant, dès les plans superficiels traversés, l'hésitation commence sur la route à suivre. Est-ce la côte qui traverse dans son milieu l'incision, ou celle du dessus, ou celle du dessous qu'il conviendra de réséquer pour aborder l'abcès ? Dans le doute, les trois côtes sont parfois sectionnées et parfois même davantage, ainsi qu'il est décrit dans des techniques classiques encore de pneumotomie pour abcès du poumon.

Or, le nombre des côtes réséquées est loin d'être sans importance dans la gravité du geste chirurgical. A-t-on trouvé la plèvre libre, il faut attendre sept jours au moins de tamponnement avant que la symphyse artificielle ainsi réalisée permette l'ouverture du foyer d'abcès. Pendant ce temps, la paroi costale se trouve déséquilibrée en regard de la zone de suppuration du parenchyme. A chaque secousse de toux, le poumon tend à faire hernie au travers de cette brèche thoracique, augmentant dangereusement les risques de dissémination bronchiolaire à l'entour du foyer d'abcès et de poussées broncho-pneumoniques. Lorsque les résections ne dépassent pas quelques centimètres sur deux côtes superposées, ce danger du premier temps est pratiquement inexistant, les parties molles suffisant par leur rigidité à maintenir le poumon en place sur cet espace restreint. A trois côtes, les risques commencent. Ces risques sont évidents pour les résections plus étendues encore, que ce soit en largeur ou en hauteur. Ainsi s'explique la mortalité inhérente au premier temps de la pneumotomie, avant même que l'on ait touché à l'abcès.

En réalité, un repérage minutieux doit permettre une voie d'abord extrêmement étroite et des résections osseuses strictement limitées à la largeur de projection pariétale de l'abcès.

De fait, sur 80 pneumonies :

27 fois nous nous sommes contentés de la résection d'une seule côte sur 4 *cm.* ;

45 fois nous avons réséqué 2 côtes ;

8 fois seulement nous en avons réséqué 3. Encore s'agissait-il de résections volontairement élargies, non pour pneumotomie d'abcès aigu, mais pour cunéo-résection de vieilles pyo-scléroses étendues.

La gravité du premier temps de pneumotomie nous semble dans ces conditions réduites pratiquement à zéro. Généralement, la résection de cette intervention se marque à peine sur la feuille de température. Un seul de nos opérés présenta au deuxième jour de son temps de cloisonnement pleural de brutaux accidents broncho-pneumoniques, imputables davantage chez ce malade à la sévérité du syndrome de suppuration qu'à la résection discrète de deux côtes dans l'aisselle.

Ainsi, n'avons-nous recours que de façon toute exceptionnelle à la technique de Churchill, qui consiste à dépouiller les côtes de leur revêtement musculaire, réséquer les éléments de l'espace intercostal et glisser sous le gril costal respecté la mèche de cloisonnement au contact de la plèvre, dans le but de maintenir à la paroi thoracique sa rigidité et d'éviter la hernie pulmonaire avant l'ouverture de l'abcès.

Inutile en cas de résection de 1 ou 2 côtes, cette technique de Churchill ne trouve son intérêt que lorsque la voie d'abord porte sur 3 côtes ou plus. Or, en cas d'abcès collecté — les cas de pyo-scléroses nécessitant une large cunéo-résection mis à part — nous ne nous sommes jamais trouvés dans la nécessité de réséquer plus de 1 ou 2 côtes.

La clé du premier temps de pneumotomie réside donc essentiellement dans l'absolue précision du repérage topographique de l'abcès.

La tomographie — de face et de profil — a transformé les conditions de réalisation de ce repérage, fixant sur la profondeur de l'abcès et précisant le plan sinon toujours de son affleurement pariétal, de sa proximité corticale maxima tout au moins.

Lorsque la topographie de l'abcès est axillaire ou antéro-latérale, la facilité du repérage costal dans l'aisselle, et en avant, permet de fixer sans erreur possible la côte à réséquer après simple examen des clichés tomographiques.

S'agit-il d'abcès postérieurs, le contrôle radioscopique s'impose, la numération des côtes n'étant pas toujours facile à réaliser de façon précise. Le malade est placé derrière l'écran dans la situation exacte qu'il aura sur la table d'opération. Un petit repère métallique est mis en place. Un cliché radiographique est pris dans cette position. Il permet de corriger de façon exacte le moindre décalage entre le repère cutané et la côte à réséquer. L'hésitation ne peut alors porter que sur une seule côte : ainsi après résection maxima de deux côtes est-on toujours certain de se trouver en bonne place.

Pneumotomie en un temps ou pneumotomie en deux temps ?

Très séduit par la technique de Neuhof, l'un de nous, dans la thèse de Perrin, préconisait en 1939 la pneumotomie en un temps. De fait, dans la statistique de nos cas opérés entre 1940 et 1943 figurent 42 pneumotomies en un temps pour 39 pneumotomies en deux temps. Or, nous avons eu des incidents dans des pneumotomies en un temps, et surtout nous avons perdu un malade de pyo-pneumothorax post-opératoire, dont la symphyse était insuffisante et dont la plèvre s'est partiellement décollée au moment de l'ouverture d'un abcès gangreneux. Cet échec nous a été d'autant plus sensible qu'il s'agissait d'un malade jeune, dont l'indication opératoire avait été posée de façon précoce et pour lequel il y avait tout lieu d'envisager un pronostic favorable.

Pratiquement, comment se présentent les choses lorsque la côte a été réséquée et que l'on cherche à se rendre compte de l'état de la plèvre ?

1° Il est des cas où certainement la plèvre est libre. Le feuillet pariétal en est lisse, mince, translucide et l'on voit à son travers le va-et-vient du poumon, suivant le rythme respiratoire. L'adhérence corticale limitée en regard de l'abcès affecte alors une topographie spéciale : elle peut être scissurale, elle peut être médiastine, et la découverte d'une plèvre lisse n'implique en rien une erreur de localisation dans le repérage de l'abcès. Il est même sans aucun doute des cas d'abcès qui ne s'accompagnent d'aucune adhérence pleurale : dans une des lobectomies que nous avons pratiquées pour abcès chronique, le lobe inférieur, siège de la suppuration, était absolument libre et l'interlobe ne présentait pas la moindre zone d'accolement.

La proportion des cas où la plèvre apparaît libre en regard de la résection costale n'est pas négligeable : 20 fois sur 80 cas dans notre statistique.

La pneumotomie en deux temps est alors une évidente nécessité.

2° Il est des cas où certainement la plèvre est

symphysée. Là encore, l'aspect est bien particulier et ne prête guère à discussion. Le feuillet est épaissi, blanchâtre, irrégulier, un peu œdémateux. Le plan musculaire adhère à son contact et souvent nerfs et vaisseaux intercostaux s'individualisent difficilement du plan pleural, dont on a peine à les isoler. L'impression tactile d'une résistance bien particulière lèverait, s'il était besoin, les derniers doutes. Il s'agit dans ces cas de suppurations très périphériques, juxtacorticales, souvent d'évolution déjà ancienne. Lors de la pneumotomie on découvre parfois avant de pénétrer dans l'abcès une petite cavité bien limitée de pyo-pneumothorax très partiel et enkysté communiquant plus ou moins largement avec le foyer de suppuration pulmonaire.

34 fois nous avons trouvé cet aspect de « plèvre soudée ». On peut alors, sans inconvénient, opérer en un temps.

3° Mais il est des cas douteux : ce sont les cas les plus intéressants, car c'est alors vraiment que se discute la pneumotomie en un temps ou deux temps.

La plèvre est un peu épaissie, mais sa surface reste régulière. Sans doute ne voit-on pas bouger le poumon, mais comment présumer de la largeur de cette zone d'adhérences ? Parfois, lorsque la résection costale a été un peu large, on aperçoit distinctement à la limite de l'accolement les mouvements de va-et-vient pulmonaires à la périphérie du champ opératoire. Comment savoir de même le degré et la résistance de cette symphyse ? Il est des symphyses molles, peu serrées, qui lâcheront en cours de pneumotomie sous le fait d'une simple secousse de toux.

Est-il moyen de se renseigner de façon plus certaine ? Par manométrie pleurale ? Cette méthode n'est pas à l'abri de toute critique. Si la plèvre est libre, le seul orifice de ponction permet une rentrée d'air à la sortie de l'aiguille, rendant moins efficace l'effet du tamponnement. Même en l'absence de toute oscillation, ce n'est pas la manométrie qui peut renseigner sur l'étendue et la largeur de la zone de symphyse et sur la valeur de cette symphyse elle-même.

26 fois sur 80, une proportion de 1/3 environ des cas, nous nous sommes trouvés devant ce dilemme. Et c'est alors que discutent les protagonistes de l'opération en un ou en deux temps.

Le fait d'opérer en un temps a-t-il de tels avantages que l'on en recherche à tout prix la possibilité ? Le seul argument véritable que l'on puisse retenir à l'actif de la pneumotomie immédiate est la suppression des risques du premier temps. Or, nous avons vu, dans le problème de la voie d'abord, ce qu'il fallait penser des dangers de ce premier temps. Inexistants lorsque les résections costales n'excèdent pas deux côtes, les risques d'ensemencement pulmonaires par déséquilibre pariétal sont pratiquement supprimés en ayant recours à la technique de Churchill au cas où la voie d'abord aurait été plus large qu'à l'ordinaire.

A l'encontre, les avantages de l'intervention en deux temps sont certains :

Eviter à coup sûr tout accident pleural (à condition, bien entendu, de ne pas compléter au cours de ce temps une résection costale qui aurait paru insuffisante sur les clichés de contrôle ; mieux vaut, s'il est besoin, parfaire le cloisonnement pleural et remettre la pneumotomie à plus tard).

Permettre un contrôle radiologique après le premier temps et s'assurer des rapports exacts de la collection avec la zone des résections costales.

Cloisonner les espaces cellulaires pariétaux avant l'ouverture de l'abcès. Ceci n'est pas indifférent en cas de suppuration à streptocoques ou anaérobies, et tout particulièrement lorsque la voie d'abord a été axillaire dans une région riche de vaisseaux lymphatiques et de tissu graisseux se défendant mal contre l'infection.

Assez volontiers, suivant en cela les directives de Neuhof, nous avons cherché à étendre les indications de la pneumotomie en un temps. Depuis l'accident que nous avons eu à déplorer, nous opérons systématiquement en deux temps, ne trouvant à cette méthode aucun inconvénient, et nous réservant la pneumotomie en un temps aux seuls cas indiscutables de « plèvre soudée ».

Nous ne quitterons pas cette question de la symphyse pleurale sans dire un mot du procédé technique qui nous semble le plus simple pour la réaliser. Les injections irritantes endo-pleurales limitées à la zone de projection de l'abcès ont été décrites ici même par Rolland et Tsoutis. Nous n'avons jamais utilisé cette méthode et ne pouvons donc formuler à son encontre que la crainte toute théorique d'une réaction exsudative de la plèvre s'opposant à l'accolement immédiat ou la migration déclive du liquide injecté vers le cul-de-sac pleural inférieur.

Le simple tamponnement peu serré de la plèvre pariétale avec une mèche iodoformée a provoqué chez tous nos malades une symphyse rapide et serrée.

La plèvre était-elle libre au premier temps ? Le délai de six à sept jours de tamponnement nous a toujours semblé suffisant. De fait, nous n'avons jamais eu à déplorer dans ces conditions d'accident pleural au cours de l'ouverture de l'abcès.

S'agissait-il de symphyse discutable ? Quatre jours suffisent alors pour donner à la pneumotomie une entière sécurité.

Ainsi perd toute valeur le dernier argument que l'on pouvait opposer à la pneumotomie en deux temps : danger d'aggravation des lésions pulmonaires entre la date de la résection costale et celle de l'ouverture de l'abcès.

Le temps de la pneumotomie.

Même si le contrôle radiographique du premier temps montre l'exactitude des résections costales et la projection de l'abcès dans la zone précise du cloisonnement pleural, la pneumotomie ne saurait être entreprise sans ponction préalable. Cette ponction, qui à défaut de pus doit ramener du gaz fétide, indiquera la profondeur de l'abcès. Elle permet en outre de coaguler sur l'aiguille laissée en place la zone de parenchyme pulmonaire où portera la résection. C'est en effet centrée sur l'aiguille que l'on détache au bistouri électrique une collerette de poumon d'une largeur appropriée aux dimensions de l'abcès et dont la résection ne détermine aucune hémorragie. Ainsi le foyer opératoire apparaît-il avec une particulière netteté.

La pneumotomie sans bistouri électrique doit être formellement proscrite. Sans doute la taille pulmonaire peut-elle se faire dans une zone atélectasiée et peu vasculaire. Mais le moindre suintement sanglant est alors difficile à tarir et la section d'un vaisseau important peut être suivie des pires difficultés d'hémostase. Enfin nous estimons que les risques d'embolie gazeuse sont certains dans ces cas. Obligés chez un malade de faire usage du bistouri tranchant en cours de pneumotomie en raison d'une panne de courant, nous avons observé une indiscutable rentrée d'air par aspiration veineuse, sans suites fâcheuses heureusement.

34 fois sur 80 — soit une proportion de 40 pour 100 des cas — nous avons trouvé dans la cavité de l'abcès une escarre pulmonaire. Cette escarre, parfois énorme, comblait entièrement la cavité de l'abcès. Parfois il s'agissait plutôt de débris escarifiés multiples, mais d'un volume tel que leur évacuation bronchique ne pouvait se produire.

La fréquence de l'escarre représente un des plus gros arguments en faveur du drainage chirurgical de l'abcès, la présence d'un tel corps étranger septique s'opposant à toute guérison spontanée de la suppuration.

Mais le pourcentage des cas d'abcès sans escarre ne bénéficie pas moins de l'intervention : c'est la possibilité d'aérer largement une cavité à peine drainée par des bronches d'insuffisant calibre et où pullulent les anaérobies ; c'est la possibilité surtout de donner à la sulfamidothérapie son maximum d'action.

En quelques jours — l'usage quotidien de sulfamides *in situ* ayant transformé l'évolution post-opératoire de ces suppurations — la cavité se déterge et tend à se combler par réextension du parenchyme pulmonaire voisin. Le soir même de l'intervention, la température est tombée à 37° et s'y maintiendra. L'expectoration, qui ne traduit plus que l'évacuation des bronches de drainage encore infectées, tombe elle aussi bientôt à zéro. Plus l'intervention a été précoce et plus ces délais sont rapides. Certains abcès drainés à la quatrième ou à la cinquième semaine sont en moins d'un mois complètement cicatrisés, bronches fermées.

Le problème chirurgical du drainage d'une collection intra-pulmonaire suppurée est techniquement résolu. Dès l'instant où l'évacuation de l'abcès ne s'avère pas *rapide* et *complète* par voie bronchique, la pneumotomie offre plus de chances de succès qu'une expectative illusoire et désarmée.

SUR LA DURÉE DE L'ALLERGIE CONFÉRÉE PAR LE BCG EN SCARIFICATIONS CUTANÉES

PAR MM.

A. COURCOUX, P. BOULENGER et A. C. MACLOUF

(Paris)

La méthode idéale de vaccination est celle qui, après une intervention unique, permet d'obtenir une préservation durable.

On doit reconnaître que les diverses méthodes de vaccination au BCG ne donnent qu'une allergie d'une durée limitée.

La prémunition anti-tuberculeuse par le BCG impose au médecin un long travail lorsqu'il s'agit de la voie orale ou parentérale. En dehors de la vaccination, il est obligé non seulement de contrôler l'efficacité de son intervention, c'est-à-dire guetter l'apparition de la sensibilité cutanée à la tuberculine, seul témoin certain de la « réussite », mais encore d'éprouver périodiquement son patient pour être toujours à même de renouveler la vaccination en cas d'extinction de l'allergie cutanée.

Le BCG par scarifications peut-il éviter les mêmes reproches ?

Quelle est la durée de l'allergie cutanée ainsi obtenue ?

Des données précises ont été fournies par l'expérimentation. Dès 1939, Rosenthal était en mesure d'avancer que les cobayes réagissaient encore à la tuberculine trois années après les scarifications cutanées multiples. Nous ignorons les résultats plus récents de cet auteur. Tout récemment, Nègre et Bretey ont fait part de leurs résultats éloignés. Leur conclusion est identique aux précédentes : au bout d'un délai de trois années les cobayes sont encore sensibles à la tuberculine.

C'est un fait remarquable sur lequel on ne saurait trop insister si l'on songe que l'injection intradermique, sous-cutanée ou intra-péritonéale de 1 mg. de BCG amène chez le cobaye une négativation survenant vers le septième ou le huitième mois, rarement après la première année (Boquet et Bretey). Ainsi donc, avec une dose de bacilles certainement très petite et bien inférieure au 1/10 de milligramme (d'après Nègre et Bretey), les scarifications cutanées permettent d'obtenir une allergie plus persistante que par l'emploi de doses plus fortes.

Obtient-on de tels résultats dans l'espèce humaine? Grande est l'importance pratique de cette question. Cela nous permettrait de diminuer la fréquence des revaccinations tout en laissant une grande marge de sécurité.

Si les statistiques cliniques se rapportant à la production de l'allergie sont très nombreuses aujourd'hui, en revanche, aucune publication d'ensemble n'a encore été consacrée à la durée de l'allergie consécutive au BCG par scarifications cutanées.

Ajoutons qu'en dehors de certaines collectivités (infirmières par exemple, obligées de poursuivre leurs études pendant deux à trois années dans la même école), il est extrêmement difficile de pouvoir suivre pendant des mois les mêmes sujets et obtenir que l'épreuve tuberculinique soit périodiquement répétée dans des conditions satisfaisantes.

Nous donnons u résumé de nos recherches :

Notre enquête a porté sur un total de 89 sujets hébergés dans les maisons de redressement des environs de Paris. Nous avons donné ailleurs tous les détails concernant la technique utilisée [1].

Qu'il nous suffise de rappeler que tous ces sujets ont montré une absence de sensibilité cutanée à la tuberculine après une série de sollicitations vigoureuses : double cuti-réaction, Mantoux à 1 cg., deuxième Mantoux à 1 cg. et souvent même troisième Mantoux à 1 cg.

Le BCG utilisé renfermait 20 mg. par centimètre cube. Des scarifications d'une longueur variable selon les sujets furent faites sur la face antérieure de la cuisse.

Nos sujets ont été tous éprouvés par l'I.-D.-R. à 1 cg. à des dates variables après la prémunition. De cinq à dix semaines après les scarifications nous avons ainsi obtenu des réponses positives dans 95 pour 100 des cas.

Quelle est l'évolution de la sensibilité cutanée ainsi provoquée ?

Voici nos résultats : 34 sujets, antérieurement réagissants à la tuberculine, ont pu être revus de dix à onze mois après les scarifications et éprouvés de nouveau par le Mantoux à 1 cg. (1/10 de centimètre cube de la dilution à 1/10). Sur ce nombre nous avons obtenu :

15 réponses positives (soit 44 pour 100 des cas).
19 réponses négatives (soit 56 pour 100 des cas).

Il est regrettable que des difficultés d'ordre matériel nous aient empêchés de suivre plus régulièrement l'évolution de l'allergie tuberculinique chez ces sujets. Nous ne pouvons donc pas savoir à quelle date la sensibilité à la tuberculine a disparu chez les jeunes filles qui sont actuellement négatives. Il est cependant intéressant de constater que dans plus de la moitié des cas l'allergie cutanée ne persiste pas tout à fait un an.

Dans un précédent travail nous avions constaté que la longueur, ou ce qui revient au même, le nombre des scarifications n'est pas indifférent et intervient pour une bonne part dans la rapidité de la production de l'allergie. On pouvait se demander s'il existait aussi un rapport entre le maintien de la sensibilité cutanée et la longueur des scarifications.

L'étude de ce facteur chez les sujets dont les réactions sont demeurées positives et chez ceux qui se sont désensibilisés spontanément après un temps variable donne les résultats suivants :

Parmi les sujets du premier groupe, sur 15 jeunes filles demeurées positives, nous constatons que :

11 d'entre elles avaient reçu des scarifications dont la longueur totale oscillait entre 12 et 18 *cm.* (73 pour 100 des cas).
4 d'entre elles avaient été scarifiées sur une longueur totale de 6 *cm.* en moyenne (27 pour 100 des cas).

Parmi les sujets du second groupe, sur 19 jeunes filles qui ont fait un virage à rebours, nous constatons que :

5 d'entre elles avaient reçu des scarifications s'étendant sur 12 à 18 *cm.* de longueur totale (26 pour 100 des cas).
14 d'entre elles avaient reçu des scarifications plus limitées [3 à 7 *cm.* de longueur totale] (74 pour 100 des cas).

Il semble donc que la persistance de l'allergie soit fonction dans une certaine mesure du nombre de scarifications effectuées. La proportion des résultats positifs est plus grande chez les sujets ayant reçu un nombre élevé de scarifications que chez les sujets ayant reçu un nombre restreint de scarifications.

En bref, une *tendance* se dégage de nos résultats : la durée de la positivité de nos sujets semble proportionnelle au nombre de portes d'entrée. Plus le nombre de scarifications est petit et plus précoce apparaît la négativation. Inversement, plus le nombre de scarifications est grand et plus l'allergie est durable.

Il faut cependant remarquer que ces conclusions sont établies sur un nombre de cas relativement restreint et que l'on ne saurait les généraliser prématurément. Il s'agit d'une hypothèse de travail intéressante dont on peut tirer les propositions suivantes :

Pour une même concentration de BCG, la durée de la période anté-allergique et la persistance de la sensibilité cutanée à la tuberculine paraissent liées à la longueur totale des scarifications.

En multipliant les portes d'entrée (12 à 18 *cm.*) on obtient, d'une part, une période anté-allergique plus courte et, d'autre part, une allergie cutanée plus durable.

En limitant le nombre de portes d'entrée (scarifications de 3 à 7 *cm.* de longueur totale) on obtient d'une part, une prolongation de la durée de la période anté-allergique et, d'autre part, une désensibilisation spontanée plus précoce.

Ces données ont une application pratique qu'on ne saurait négliger. Il est indiqué, lorsqu'un sujet vit dans un milieu tuberculeux ou seulement suspect, d'obtenir après le BCG une allergie rapide. Il faut par conséquent limiter au minimum la période « d'incubation » qui précède l'apparition de la première réaction cutanée positive à la tuberculine. Dans ces cas, on a donc intérêt à multiplier les scarifications.

Par ailleurs, plus l'allergie obtenue est durable et plus la tâche des praticiens sera simplifiée. Il est important de souligner ce fait à l'heure où certains mènent une campagne des plus actives en faveur de la vaccination obligatoire.

C'est également pour répondre à des préoccupations du même ordre que Nègre et Bretey ont proposé l'augmentation de l'efficacité du BCG par l'emploi d'une solution plus concentrée. Ils ont constaté que l'emploi d'une telle solution hâte l'apparition de l'allergie et accroît la proportion des sujets qui réagissent à la tuberculine.

Ces conditions répondent, il est vrai, à une *sécurité maxima*. En effet, certains sujets peuvent être prémunis, bien qu'ils demeurent non réagissants à la tuberculine.

Les statistiques scandinaves, notamment celles de Heimbeck, sont très démonstratives à cet égard. On peut obtenir indirectement une preuve de la résistance de l'organisme malgré l'absence de réactions cutanées à la tuberculine : la morbidité tuberculeuse chez les infirmières restées anergiques malgré la vaccination est moindre que celle présentée par le groupe des non-vaccinées.

Les chiffres relevés à l'hôpital Ulleval, d'Oslo, sont les suivants :

Parmi les élèves (625) spontanément infectées avant leur admission à l'école des infirmières, la morbidité est de 4,3 pour 100 et la mortalité nulle.

Parmi les élèves non-réagissantes lors de l'admission (280), la morbidité est de 34 pour 100 et la mortalité de 3,6 pour 100.

Etudions maintenant les chiffres relevés chez les élèves infirmières prémunies par le BCG :

Parmi les sujets (287) devenues allergiques après la vaccination, la morbidité est de 2,8 pour 100 et la mortalité de 0,35 pour 100.

Parmi les sujets (107) demeurées non réagissantes malgré l'introduction de BCG par voie parentérale, la morbidité est de 20,5 pour 100 et la mortalité de 1,9 pour 100.

D'ailleurs du point de vue expérimental, Nègre et Bretey ont montré que l'immunité peut se dissocier de l'allergie. Certains cobayes vacciués par le BCG et éprouvés par inoculation d'un bacille virulent manifestent une résistance non négligeable *avant* l'apparition de la sensibilité dermique à la tuberculine.

D'autre part, Calmette et Guérin, Willis avaient bien noté autrefois que les animaux ayant cessé de réagir à la tuberculine conservent néanmoins une résistance appréciable lors d'une surinfection ultérieure. Et cet état réactionnel différent pourrait s'extérioriser lors de la réinfection non seulement par un état réfractaire, mais également par une période anté-allergique écourtée. La réinfection exalte et renforce la sensibilité tuberculinique qui était devenue imperceptible aux tests usuels. Elle lui apporte un appoint qui lui permet de se manifester avec une vigueur nouvelle après une période anté-allergique notablement accélérée si on la compare à celle de la primo-infection.

Il était indiqué d'étudier chez nos sujets la durée de la période anté-allergique lors d'une primo-vaccination et lors d'une revaccination.

Les sujets qui ont perdu toute sensibilité dermique à la tuberculine au point de ne plus réagir, même après des sollicitations vigoureuses (Mantoux à 1 cg.), furent revaccinés par scarifications cutanées. La technique utilisée fut en tous points calquée sur celle de la primo-vaccination.

Une I.-D.-R. à 1 cg. fut faite le septième jour après les nouvelles scarifications.

Sur 18 sujets éprouvés, 4 réagirent nettement à la tuberculine, soit dans 22 pour 100 des cas.

Rappelons que l'intra-dermo-réaction à 1 cg. faite le neuvième jour après la primo-vaccination n'a donné, sur 89 sujets éprouvés, que 2 réactions douteuses, soit dans 2 pour 100 des cas, et une induration nettement palpable de 6 *mm.* de diamètre, soit dans 1 pour 100 des cas.

Lorsqu'on met en regard les résultats obtenus lors de la primo-vaccination et ceux obtenus lors de la revaccination, il ressort clairement que la réapparition de l'allergie est accélérée chez un certain nombre de sujets. Ils ne réagissent plus comme les témoins neufs. Néanmoins, ce raccourcissement de la durée de la période anté-allergique est loin d'être *constant* lors de la réinfection après extinction de la sensibilité cutanée. Cette constatation confirme l'intéressante expérience de M. Troisier sur le cobaye : le phénomène de Baldwin-Gardner-Willis peut faire défaut malgré une négativation *certaine* survenue plusieurs mois auparavant [2].

Au total, l'introduction du BCG par scarifications provoque une allergie cutanée qui est plus rapidement obtenue et plus durable que celle conférée par les autres méthodes. Cependant, il est utile de vérifier chaque année le maintien de cette allergie qui peut avoir disparu au bout de ce laps de temps. C'est dire la nécessité de refaire alors une nouvelle vaccination, bien que les sujets anergiques puissent présenter un certain degré d'immunité. L'ensemble des faits étudiés montre que l'immunité peut précéder et suivre l'allergie [3], et comme l'a dit Guérin : « Allergie et résistance ne sont pas deux termes strictement solidaires, le premier restant toutefois la manifestation certaine du second. » L'immunité et l'allergie ne sont pas superposables. On est obligé d'admettre que l'état réactionnel de la peau ne traduit qu'imparfaitement l'état réactionnel général d'un sujet. Cependant, dans la pratique, en présence d'un sujet anergique, il est impossible d'affirmer ou de nier sa résistance anti-tuberculeuse. Aussi est-il indiqué de vacciner systématiquement les enfants ou les adultes non réagissants et de revacciner ceux qui auraient perdu leur sensibilité dermique à la tuberculine.

(*Travail de l'Institut National d'Hygiène.*)

1. Courcoux, Boulenger et Maclouf : Contribution à l'étude de la prémunition antituberculeuse par le BCG en scarifications cutanées. *La Presse Médicale*, 1944, **52**, 147-148 ; Le Phénomène de Baldwin-Gardner-Willis chez l'adolescent et le jeune adulte. *Paris-Médical*, 30 Décembre 1943, 337-341.

2. Troisier et Maclouf : *Paris-Médical*, 20 Septembre 1942, n° 38, 289-293. — Troisier, Sifferlen et Maclouf : *La Presse Médicale*, 3 Octobre 1942, 609-610.

3. M. A. Boquet n'admet pas sans réserves cette formule. Dans un remarquable mémoire cet auteur a montré que pendant la première phase de la tuberculose expérimentale, la résistance acquise est nulle malgré la sensibilité à la tuberculine. (Sur le Mécanisme de l'infection tuberculeuse expérimentale. Surinfections exogènes et surinfections endogènes. *Annales de l'Institut Pasteur*, Janvier 1933, n° 1, 5 à 65.)

BIBLIOGRAPHIE

Boquet et Bretey : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1934, **52**, 252. — Calmette et Guérin : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1906, **20**, 609 ; 1927, **41**, 201 ; 1928, **42**, 208. — Guérin : Discussion de la communication de Boulenger et Maclouf. *Société de Pathologie comparée*, séance du 9 Novembre 1943. *Revue de Pathologie comparée*, 1944, nos 545 et 546, 37. — Heimbeck : *Tubercle*, Novembre 1936, 97. — Nègre et Bretey : *Académie de Médecine*, séance du 1er Juin 1943, 333 ; *Revue de la Tuberculose*, 1941, **6**, 77 ; *Le Nourrisson*, 1944, **32**, 25-27. — Rosenthal : *American Review of Tuberculosis*, 1939, **39**, 128. — Willis : *American Review of Tuberculosis*, 1928, **17**, 240-252.

LES AMYOTROPHIES D'ORIGINE PARIÉTALE

(Intérêt diagnostique et neuro-chirurgical)

PAR MM.

M. DAVID, HÉCAEN et SAUGUET

(Paris)

Les amyotrophies d'origine corticale ont fait l'objet de nombreuses études tendant à en préciser la symptomatologie, l'étiologie et le mécanisme pathogénique. Le diagnostic clinique qu'elles posent avec les atrophies musculaires relevant d'une atteinte du neurone périphérique est souvent délicat. Le problème pathogénique, comme nous le verrons, est loin d'être résolu. Les divergences qui apparaissent à la lecture des différentes publications nous semblent résulter du rapprochement de faits étiologiques assez peu comparables. Aussi nous limiterons-nous plus particulièrement au cours de cette étude aux amyotrophies centrales, d'origine tumorale ou traumatique, symptomatiques d'une lésion pariétale. Les 2 cas que nous rapportons nous permettront d'insister sur leur valeur séméiologique et en particulier localisatrice. Auparavant nous envisagerons rapidement les différentes publications sur ce sujet.

Les amyotrophies accompagnant les lésions vasculaires ou dégénératives cérébrales furent les premières étudiées. On connaît en effet depuis longtemps l'atrophie musculaire, qui peut s'observer chez les hémiplégiques ; elle fut étudiée par Charcot, Brissaud, Babinski, Joffroy et Achard, etc. Il s'agit le plus souvent de lésions sous-corticales, plus rarement de syndromes corticaux. Cependant les syndromes vasculaires pariétaux mentionnant l'atrophie sont assez rares. Lévy dans sa thèse ne la signale pas. Schwob rapporte un cas de ramollissement pariétal où l'amyotrophie est cependant très légère et limitée au mollet droit. Le cas étudié par Garcin, consécutif à un ictus avec hémorragie méningée, s'accompagnait d'une amyotrophie intense ; il était cependant difficile d'établir avec certitude le diagnostic différentiel entre un syndrome capsulo-thalamique et un syndrome pariéto-rolandique. Le cas rapporté par Delmas-Marsalet serait plus démonstratif d'une localisation pariétale.

L'amyotrophie au cours des traumatismes altérant le cortex pariétal est plus rare. Rhein, sur 8 cas d'atrophie musculaire cérébrale, rapporte 1 cas consécutif à un traumatisme pariétal droit : l'atrophie était très marquée et s'accompagnait d'hémiparésie et surtout de troubles sensitifs avec astéréognosie.

A. Benisty mentionne l'atrophie dans l'observation I de sa thèse : monoplégie brachiale gauche et griffe cubitale, crises B.-J., atrophie, troubles sensitifs intenses et astéréognosie. La perte

de substance portait sur la partie moyenne de F. A. et de P. A. ; des fragments de projectile siégeaient au niveau du gyrus *supra marginalis* et à la limite de P. A. et P. 1.

L. V. Bogaërt, Lévy et Nyssen rapportent un cas de sclérose latérale amyotrophique dont l'apparition fut consécutive à un traumatisme pariétal sans symptômes sensitifs. L'examen anatomique montrait des altérations typiques de la maladie de Charcot et au niveau de la région pariétale correspondante une nappe de réaction méningée ancienne et une petite cavité kystique sectionnant le dôme de P. A. dans son tiers supérieur.

Dans le cas rapporté par Schwob dans sa thèse, il s'agit d'un traumatisme par balle de revolver de la région pariétale droite : hémiparésie gauche, atrophie des muscles de la main, sensibilité élémentaire sensiblement normale, astéréognosie. Seule l'astéréognosie semble n'avoir pas régressé.

Dans les 2 cas rapportés récemment par Delmas-Marsalet, l'atrophie suivait une marche proportionnelle à l'intensité des troubles sensitifs stéréognosiques.

Nous insisterons davantage *sur l'atrophie musculaire en rapport avec un processus tumoral.* Observée par Gliky dans un cas de gliome intéressant les circonvolutions rolandiques, la 2ᵉ pariétale, le gyrus *supra marginalis* et l'opercule rolandique; par Quincke dans deux cas de gliome, l'un de la région rolandique et du lobule para-central, l'autre de la circonvolution pré-rolandique, l'atrophie musculaire est encore mentionnée par Patrino dans un cas de gliome de la pariétale ascendante, par Borgherini dans un cas de sarcome des circonvolutions pré-rolandiques, par Rott et Moutatoff dans un cas de tumeur des circonvolutions rolandiques.

La première observation française est de Barré et Morin. Il s'agissait d'un syndrome de « sclérose latérale amyotrophique » unilatéral, expression initiale d'une tumeur rolandique. L'examen anatomique montra une tumeur du volume d'une orange infiltrant « la partie moyenne de F. A., la plus grande partie du lobe pariétal et légèrement la partie postérieure de la première circonvolution temporale ». En outre, les lésions sous-corticales étaient étendues au centre ovale, au noyau caudé, à la capsule interne, au corps calleux, respectant le thalamus.

Toutes ces observations ont pour caractère commun de signaler le rapport entre l'atrophie musculaire et les altérations corticales résultant d'un processus tumoral. Cet accent sur le facteur étiologique est également mis en évidence par Christiansen, à qui l'on doit le premier travail d'ensemble sur la question. Christiansen insiste d'une part, sur la « valeur diagnostique considérable » de l'atrophie musculaire dans les cas de lésion limitée de l'écorce et, d'autre part, sur la fréquence de ce symptôme au cours des tumeurs des hémisphères cérébraux. Sur les 21 cas étudiés par lui l'atrophie musculaire était présente 9 fois : la localisation pariétale est mentionnée dans 7 cas. Pour Christiansen l'atrophie peut exister avec un déficit moteur léger, voire absent. Les troubles de la sensibilité profonde peuvent faire défaut. Il affirme d'autre part que les altérations trophiques ou vasomotrices sont généralement absentes. Mais, par contre, ce qui ne fait jamais défaut, ce sont les phénomènes d'irritation corticale sous forme de crises d'épilepsie jacksonienne ; leur rôle est décisif dans la genèse de l'amyotrophie. Deux faits selon lui semblent éclairer cette concordance d'origine : l'atrophie peut être précoce et précéder les signes traduisant la dégénérescence des voies pyramidales ; l'atrophie commence et se maintient toujours plus fortement prononcée dans les segments musculaires où les convulsions ont commencé.

Le premier travail important sur la valeur localisatrice de l'atrophie musculaire est celui de Silverstein, qui rapporte 8 cas suivis de vérifications opératoires ou *post mortem* : 5 cas limités au seul lobe pariétal, sauf un qui s'étendait légèrement en arrière au lobe occipital ; 1 cas à localisation pariéto-occipitale, mais où la note occipitale (hémianopsie) fut d'apparition tardive ; 1 cas à localisation pariéto-occipito-temporale ; enfin le dernier (fronto-temporal) avec altération de la substance blanche pariétale par l'œdème : l'atrophie fit son apparition peu de temps avant la mort. Pour Silverstein, l'atrophie musculaire précoce et progressive est associée d'une manière constante aux troubles sensitifs et en particulier à l'astéréognosie. Cette communication provoqua une discussion au cours de laquelle Fay et Winkelman apportèrent une confirmation des faits observés par Silverstein.

En 1932 Guillain, Petit-Dutaillis et Rouquès étudient un cas de gliome kystique de la région pariétale évoluant depuis six ans. L'amyotrophie diffuse faisait partie du cortège habituel des lésions de ce lobe. Dix mois après l'opération on notait la régression presque complète des symptômes.

L. Van Bogaërt rapporte 2 cas où l'amyotrophie fut précoce et intense · le premier était un syndrome d'Aran-Duchêne, le second, une atrophie musculaire distale. L'atrophie s'accompagnait de troubles sensitifs, mais elle précédait l'apparition de l'hémiplégie et du syndrome d'hypertension intracranienne.

Notre ami V. Pitha rapporte 4 observations. Dans la première l'atrophie musculaire postérieure à l'opération est diffuse et modérée, associée à une hémiparésie. Dans le second cas, opéré par l'un de nous, l'atrophie accompagne les crises comitiales, les troubles sensitivo-moteurs et l'hémianopsie. Chez le troisième malade les atrophies musculaires n'apparaissent qu'au cours des suites opératoires et semblent contemporaines des troubles sensitifs et trophiques cutanés. Dans le dernier on notait des crises jacksoniennes limitées à l'hémiface avec atrophie précoce et importante de la langue et syndrome d'hypertension. Il s'agissait d'un gliome pariétal dans les trois premiers cas ; d'un tubercule de l'opercule rolandique dans le quatrième.

Dans le cas de Roger, Arnaud, Poursines et Paillas, l'amyotrophie brachiale très marquée, avec fibrillations, accompagnait un syndrome pyramidal avec crises d'épilepsie B.-J. à prédominance sensitive et troubles trophiques. Il s'agissait d'un astrocytome à point de départ fronto-pariétal probable ayant envahi en vingt ans la presque totalité de l'hémisphère gauche.

Voici nos observations très résumées :

Observation I. — N..., 23 ans, présente depuis un an des crises hémiparesthésiques droites. Après la dernière, survenue il y a huit jours, s'installe une hémiparésie prévalente au M. S. Signes pyramidaux (hyperextensibilité, hyperréflectivité [Hoffmann, Leri, etc.]). Syndrome sensitif cortical, astéréognosie. *Amyotrophie précoce réalisant un syndrome d'Aran-Duchêne associé à des troubles vaso-moteurs* (cyanose, sudation, écrasement de la courbe oscillométrique). Absence de syndrome d'hypertension intracranienne A. P., pleurésie quinze jours après le début des troubles nerveux. Actuellement : séquelles radiographiques de tuberculose non évolutive. *Intervention* : 3 petits tuberculomes des parties supérieure et moyenne de P. A. adhérant aux méninges.

Evolution : Disparition rapide des troubles vaso-moteurs (sauf l'hypersudation) ; récupération rapide de la motilité de la main droite et de la sensibilité protopathique ; un mois après, retour de la stéréognosie. L'atrophie ne s'est pas modifiée à cette date.

Observation II. — B..., 33 ans. Début, il y a deux ans, par des crises convulsives généralisées précédées d'une aura sensitive dans le bras gauche. Depuis quelques semaines, syndrome d'hypertension intracranienne avec stase papillaire. Examen neurologique négatif ; ventriculo : tumeur pariétale droite vérifiée à l'intervention : méningiome de la convexité du volume d'une petite orange comprimant la partie moyenne et supérieure de P. A. Apparition, treize mois après l'intervention, de crises convulsives généralisées avec syndrome douloureux du M. S. gauche et *amyotrophie à type Aran-Duchêne marquée, précoce et primitive*. Signes pyramidaux légers. Syndrome sensitif. Fond d'œil normal [1]. Radiothérapie. Malade non revu.

* * *

Sans développer la symptomatologie de ces atrophies, nous voudrions insister sur certains de leurs caractères et notamment sur ceux que nos observations permettent de souligner. Comme il est habituel, c'est au membre supérieur qu'elles siégeaient, avec prédominance au niveau des petits muscles de la main, donnant tout à fait l'aspect d'un syndrome d'Aran-Duchêne. Dans certains cas même le diagnostic fut difficile avec la sclérose latérale amyotrophique (cas de Barré, Bogaërt, David, Roger...). Les troubles vaso-moteurs assez fréquemment signalés étaient extrêmement intenses dans notre premier cas, où, fait intéressant, la courbe oscillométrique du côté atteint était nettement plus basse que du côté sain. Pitha a insisté également sur l'ostéoporose, absente dans nos cas [2], et sur l'arthropathie scapulo-humérale neurogène, peut-être à l'origine des douleurs dans le cas II.

L'atteinte pyramidale constatée dans l'une et l'autre de nos observations n'était nullement proportionnelle à l'amyotrophie. Cette absence de parallélisme entre troubles parétiques et atrophiques ressort de la lecture de la plupart des observations, bien que Pitha ait cru pouvoir soutenir le contraire et baser sur cette concordance sa conception pathogénique. Comme il est de règle, les troubles sensitifs étaient présents et nets; très intenses dans l'observation I, moins accusés dans l'observation II. L'astéréognosie paraît le plus constant de ces troubles sensitifs objectifs, mais elle n'est à peu près jamais pure. Pour Silverstein, Bogaërt, Delmas-Marsalet, l'atrophie serait même proportionnelle aux troubles sensitifs, particulièrement à l'astéréognosie. Notons aussi la présence de crises bravais-jacksoniennes sensitives chez l'un et l'autre de nos malades. Avant de passer à l'étude des diverses conceptions pathogéniques envisagées, nous voudrions faire ressortir un fait qui nous paraît très important au point de vue anatomique. *C'est la localisation strictement pariétale des lésions dans nos deux cas, et surtout leur caractère superficiel.* En effet, si dans l'observation I, bien que les tuberculomes fussent très superficiels, la substance blanche adhérente était atteinte, dans le second cas il ne pouvait s'agir que de lésions limitées à la substance grise corticale sans participation sous-jacente, puisque l'étiologie ne pouvait être recherchée que dans les troubles vasculaires consécutifs au clipsage ou à la coagulation des vaisseaux superficiels, ou bien encore dans les lésions résultant des manœuvres opératoires lors de l'ablation de la tumeur, qui refoulait le tissu cérébral sans l'envahir.

Un certain nombre d'auteurs incriminent une altération du neurone périphérique. Cette altération peut être secondaire à une dégénérescence des voies pyramidales (Charcot, Leyden, Pitres, Brissaud). Ces lésions médullaires n'ayant pas été relevées d'une manière constante, on invoqua une altération dynamique des cellules radiculaires (Babinski), résultant le plus souvent d'un processus irritatif se traduisant par la contracture intimement liée à l'amyotrophie (Joffroy et Achard).

Un autre groupe d'hypothèses pathogéniques invoque des lésions cérébrales. Monakow, remarquant la relation entre les troubles de la sensibilité profonde, les troubles vaso-moteurs et les troubles trophiques, suppose que l'atrophie résulte de tous ces phénomènes de nature différente et il indique comme base anatomique les troubles circulatoires de la 3ᵉ branche de l'artère sylvienne ou de l'artère lenticulo-optique. Quincke est encore plus précis et admet l'existence de centres trophiques cérébraux.

Silverstein soulève le problème de la relation entre les troubles sensitifs et l'amyotrophie, l'origine lésionnelle étant commune : s'agit-il de phénomènes indépendants et parallèles ou, au contraire, l'amyotrophie est-elle la conséquence des troubles sensitifs, de l'astéréognosie en particulier ? C'est ce dernier point de vue qui est retenu par Silverstein. L. V. Bogaërt pose également le problème sans le résoudre. Ses observations cliniques concordent avec celles de Silverstein.

Pitha confirme la fréquence des atrophies musculaires au cours des lésions pariétales, mais refuse néanmoins de les attribuer aux lésions de ce lobe. Cette dernière affirmation est basée sur l'existence d'observations de lobectomie pariétale ne s'accompagnant pas d'atrophie. En outre, ce symptôme serait modéré et d'apparition tardive. Pitha conclut à la relation entre ces atrophies et l'altération de la voie pyramidale, soit par compression de son aire de projection, plus étendue pour le membre supérieur que pour le membre inférieur, soit par extension de la lésion à l'aire motrice, soit enfin par atteinte des voies d'association fronto-pariétales.

Plus récemment, Delmas-Marsalet conclut à la relation entre l'amyotrophie et l'intensité du trouble stéréognosique. Il s'agit pour lui d'une atrophie fonctionnelle liée à un trouble plus ou moins durable du « toucher actif » (Dana).

1. A ce propos nous signalerons que l'apparition aussi tardive d'une symptomatologie post-opératoire nous a semblé relativement fréquente ; nous pensons consacrer prochainement un travail à l'étude de tels faits dans leurs rapports avec l'évolution de la cicatrice névroglique.

2. L'un de nous publiera prochainement avec Carrot un cas d'abcès pariétal qui fut enlevé en masse et dont l'évolution avait été marquée par une amyotrophie importante avec ostéoporose du côté parésié.

L'amyotrophie d'origine corticale est, comme on le voit d'après le nombre d'observations relevé, relativement fréquente. Si dans les syndromes vasculaires elle n'a qu'une valeur clinique secondaire, par contre elle constitue un symptôme important dans les traumatismes et surtout dans les tumeurs. Si on a pu la signaler au cours de lésions frontales ou temporales, il faut noter que c'est dans les lésions pariétales qu'elle a été rencontrée le plus souvent. En outre, pour conserver sa valeur clinique et topographique, il nous paraît qu'il faut que l'amyotrophie soit nette *et frappe avec prédilection les extrémités distales*. Lorsqu'elle réalise en particulier l'aspect du syndrome d'Aran-Duchêne, il semble qu'on soit en droit d'affirmer l'atteinte pariétale.

Sa connaissance est donc d'un très grand intérêt pour le neuro-chirurgien, qui, comme le faisait remarquer Silverstein, peut se trouver dans l'impossibilité d'explorer la sensibilité du malade en raison des troubles de la conscience qu'il peut présenter.

Dans l'avenir, seule la recherche systématique, à la fois quantitative et qualitative de l'amyotrophie, l'étude de ses rapports avec les troubles moteurs, sensitifs et vaso-moteurs et enfin la description topographique précise des altérations anatomiques fourniront des bases pour la solution de ce problème physio-pathologique complexe et pour une explication univoque embrassant la totalité des faits observés. Il sera nécessaire également de tenir compte des acquisitions expérimentales et cliniques récentes *sur la représentation neuro-végétative corticale*, pour étayer l'hypothèse d'un dispositif régulateur de la trophicité, hypothèse que des cas comme les nôtres, par l'intensité des phénomènes vaso-moteurs associés à l'amyotrophie et par la localisation pariétale stricte et superficielle des lésions, permettent de soutenir.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

14 Novembre 1944.

Décès de M. P. Lereboullet. — Allocution de M. Brouardel.

La néphrectomie reste toujours le vrai traitement de la tuberculose rénale. — M. Chevassu rappelle que la guérison spontanée de la tuberculose rénale par exclusion ou par cicatrisation complète est indiscutablement possible, mais reste tout à fait exceptionnelle ; il n'y a pas de thérapeutique médicale susceptible de guérir régulièrement la tuberculose rénale, même dans les formes dites parenchymateuses pour qui la cicatrisation des lésions serait plus facilement obtenue. Le traitement chirurgical est donc indispensable ; la rénicuiectomie partielle est théoriquement séduisante dans les cas au début car elle évite le sacrifice total d'un rein, mais en fait, il est extrêmement difficile sinon impossible de juger de l'extension des lésions sans ouvrir complètement le rein. La néphrectomie reste donc le seul traitement ; elle donne des résultats excellents si on prend soin de vérifier que l'autre rein est suffisant et que les poumons sont sains ; elle doit être précédée d'un repos assez long pendant lequel on surveille le poids et la température ; dans ces conditions, la mortalité dans les mois qui suivent l'opération ne dépasse pas 1 ou 2 pour 100, non par insuffisance rénale, mais par généralisation tuberculeuse.

De quelques modifications physico-chimiques du sérum dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Vidal, Monnier et Benezech. M. Bezançon, rapporteur. Les auteurs ont constaté dans 64 cas de tuberculose pulmonaire une élévation modérée mais constante de l'indice de réfraction du sérum témoignant de l'hyperprotéidémie ; la conductibilité électrique est légèrement diminuée, probablement à cause de la déminéralisation de l'organisme ; la tension superficielle est normale dans les formes actives, augmentée dans les formes évolutives, abaissée dans les formes inactives. Les auteurs pensent que l'on peut trouver dans ces modifications de la tension superficielle le reflet des variations de la cholestérolémie dont ils ont déjà étudié la valeur pronostique.

Précisions sur le mode d'emploi du gluco-chlorol pour la destruction des animaux nuisibles. — M. Tara. M. Balthazard, rapporteur. L'auteur qui après avoir confirmé que le gluco-chloral a une action destructrice vis-à-vis des merles et des moineaux, montre que ce produit en solution à 1 pour 1.000 est un excellent raticide et ratifuge.

L'évolution de la tuberculose en fonction du métabolisme basal. — M. Maurice Renaud montre que la détermination du métabolisme basal a une importance pratique considérable pour le pronostic de la tuberculose pulmonaire ; l'élévation du métabolisme traduit un désordre profond de la nutrition, une atteinte de l'état général dont elle est souvent le signe révélateur, bien avant que les lésions soient importantes par leur étendue ou leur degré de caséification : chez tous les malades ayant un métabolisme élevé, la maladie évolue dans un sens défavorable ; chez tous ceux dont le métabolisme est bas, la tuberculose a une marche torpide, en dépit de l'importance, de l'évolution et de la forme des lésions.

Élection d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — M. Aubertin est élu par 53 voix contre 2 à MM. Pruvost, Louis Ramond et Sézary, et 1 à M. Chabrol.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

15 Novembre 1944.

Emploi de la sulfamidothérapie. — M. Férey (Saint-Malo) à la suite des Américains conseille l'emploi des sulfamides à dose massive, prise en une seule fois (12 comprimés par exemple). Cette manière de faire est mieux supportée par les patients et peut être répétée plusieurs jours de suite.

— M. Rudler utilise l'emploi suivant des sulfamides. Le tiers ou la moitié de la dose totale est donné à la première prise, de manière à assurer un taux immédiatement élevé dans le sang. Le reste sera donné par fractions pour consolider le résultat acquis.

— M. Michon indique les dangers possibles d'un traitement massif : il cite des cas d'anurie, quel que soit le produit employé, dagénan, thiazomide, sulfothiazine.

— M. Sénèque cite un cas d'anurie par doses très faibles de sulfamide.

— M. Moulonguet rappelle que M. Baumann montre que la sulfapyrimidine semble avoir dans le sang une courbe d'élimination plus lente.

— M. Wolfromm dit qu'il emploie des doses très élevées de sulfamide mais en assurant toujours une diurèse très importante. Il n'a jamais vu d'accidents notables.

A propos d'une thyroïdite pyogazeuse due au bacille perfringens. — MM. Petit-Dutaillis et Guy Laroche rapportent une observation de thyroïdite pyogazeuse chez une femme portant un ancien adénome thyroïdien. Il s'agissait de perfringens à l'état pur. Cette malade était traitée par des injections modificatrices à l'alcool. La pathogénie de ces accidents est discutée : l'origine intestinale de la bactériémie est vraisemblable, qu'il y ait ou non des lésions intestinales anciennes. L'injection ne sert que de point d'appel. La virulence atténuée du germe s'explique par l'action bactéricide de la thyroxine.

— M. Welti cite 4 strumites : 2 étaient d'origine typhique, l'autre colibacillaire ; une dernière à streptocoques avait été ignorée pendant 15 jours. La virulence des germes était là aussi atténuée.

Huit cents cas de gongliectomie lombaire. — M. Leriche cherche à préciser les indications de l'opération et l'étendue à lui donner. Les opérations ont donné 13 morts, soit 1,60 pour 100 ; en général dues à l'évolution même de la maladie causale.

Au point de vue technique, il rappelle que la chaîne sympathique est quelquefois difficile à trouver.

Sur 601 cas d'artérite : 20 pour 100 d'échecs complets amenant à l'amputation ; 30 pour 100 de résultats moyens avec persistance d'un signe clinique ; 50 pour 100 de résultats stables.

La gangliectomie est utile dans la phase d'ischémie à l'effort, et une fois sur deux, dans l'ischémie du décubitus. La phase d'ulcération ne donne plus de résultats stables. Il faut donc opérer tôt. Les résultats dépendent aussi de la forme de l'artérite. Enfin plus l'oblitération est basse, moins il y a de chances d'obtenir un résultat, car la gangliectomie agit en dilatant les voies collatérales. Les résultats s'apprécient par la marche devenue plus aisée, la disparition des douleurs, la possibilité du sommeil. Certains malades présentent encore des douleurs malgré une vascularisation conservée. Dans la thrombo-angéite les résultats sont temporaires ou médiocres, l'affection continuant à évoluer ailleurs. Cette affection relève plus de la surrénalectomie.

Les examens des chaînes ganglionnaires enlevées montrent des lésions de neurolyse, des infiltrats inflammatoires, des aspects angiomateux. L'étendue à donner à l'ablation n'est pas nécessairement très grande. Il faut enlever le 1er et le 2e ganglion lombaire.

Dans l'hypertension l'auteur fait, à droite, la section du splanchnique et l'ablation des deux ganglions lombaires et des deux derniers dorsaux. Quelques jours après une surrénalectomie et la même ablation ganglionnaire à gauche.

Dans la maladie de Raynaud du membre inférieur, bons résultats de la gangliectomie très courte.

Dans les séquelles post-phlébitiques, la gangliectomie réussit avant le stade d'ulcération. Après on échoue assez souvent. Quand il y a un gros œdème c'est la même chose.

Après une poliomyélite l'auteur a eu des améliorations de la sensation de froid douloureux, mais la cyanose persiste.

Dans les méga et dolichocôlons, les résultats sont satisfaisants, du point de vue fonctionnel, et sont vérifiés par les examens radiologiques. L'opération doit être bilatérale : gangliectomies hautes avec section du splanchnique.

— M. Richard cite un cas de causalgie du nerf sciatique qui n'a cédé qu'à l'ablation du neurome d'attrition, après une gangliectomie inefficace.

— M. Rouhier se demande si on n'étend pas trop ces indications à des opérations sympathiques.

— M. Sénèque dit que le diagnostic radiologique de mégacôlon est difficile et doit exiger des examens répétés à des stades différents de l'évacuation.

— M. Moulonguet insiste sur les lésions anatomiques des ganglions prélevés qui donnent à cette chirurgie des indications anatomo-cliniques.

Crises douloureuses vaso-constrictives du membre supérieur avec côte cervicale. Scalénotomie et sympathectomie. — M. Petrignani (La Rochelle).

— M. J. Gosset cite un cas de syndrome du scalène où il a fait une scalénotomie et une stellectomie avec un bon résultat.

— M. R. Bernard a dans un cas enlevé la 1re côte et l'apophyse transverse hypertrophiée.

— M. d'Allaines chez une femme déjà opérée de côte cervicale a, au cours d'une récidive, réséqué un reste costal sans amélioration. La scalénotomie, 3 semaines après, a été suivie de succès.

Présentation d'instruments. — M. D. Férey.

J. CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Novembre 1944.

Pseudo-mal de Pott mélitococcique (spondylite ou méningoradiculite mélitococcique). — MM. S. de Sèze, R. Simon et P. Surrugue. On retrouve dans cette observation les traits habituels de l'affection connue sous le nom de spondylite mélitococcique : douleurs vertébrales avec irradiations radiculaires sciatiques, contracture rachidienne intense, douleur locale à la pression sur les apophyses épineuses, tous signes qui ont valu à cette affection son nom de pseudo-mal de Pott mélitococcique. En réalité, si la symptomatologie se rapprochait en effet dans une certaine mesure de celle du mal de Pott, elle rappelait de beaucoup plus près le tableau de ces formes de tumeurs intrarachidiennes pour lesquelles Sicard et Laplane ont employé aussi le terme de « tumeur pseudopottique ». Dans de tels cas où la radiographie ne montre d'ailleurs que des lésions vertébrales minimes, où la ponction lombaire présente des signes de blocage du liquide céphalo-rachidien, les lésions méningées de pachyméningite et d'arachnoïdite fibro-adhésive sont certainement prédominantes. Il s'agit de méningo-radiculite mélitococcique bien plus que de spondylite.

Phlegmon périnéphrétique traité et guéri par la pénicilline. — MM. Maurice Lamy et M. Aussannaire relatent l'observation d'un homme de 55 ans qui, après plusieurs accès de furonculose, fut atteint d'un phlegmon périnéphrétique caractérisé par l'existence d'une masse considérable de la région lombaire droite, d'une fièvre élevée et d'une leucocytose importante. L'indication d'une intervention chirurgicale ayant été posée avec certitude, il fut décidé de temporiser pendant 3 jours pour permettre l'essai d'un traitement médical par la pénicilline. En 72 heures le malade a reçu par voie intramusculaire 480.000 unités Oxford, à raison de 20.000 unités toutes les 3 heures. Les doses furent réduites les jours suivants : 90.000, puis 70.000 et enfin 60.000 unités furent injectées quotidiennement. La maladie, qui durait depuis des mois, fut complètement guérie après 9 jours de traitement et l'administration de 900.000 unités.

Cette observation confirme les travaux anglo-saxons sur la valeur de la pénicilline et particulièrement sur son action dans certaines infections staphylococciques qui restent rebelles à la médication sulfamidée.

— M. Mollaret fait remarquer que les recherches sur l'action de la pénicilline ont encore un caractère fragmentaire, étant donné que la médication reste encore réservée aux Etats-Unis à certains hôpitaux. Il existe un parallélisme grossier entre les indications de la pénicilline et celles des sulfamides. Elle est inefficace dans la poliomyélite et les encéphalites. Par contre, elle agit dans les infections à pyogènes et dans la syphilis ; elle ferait merveille dans la paralysie générale, supplantant l'impaludation. La posologie est très simple ; il s'agit de saturer l'organisme : la dose habituelle est de 25.000 unités, parfois de 40.000. La thérapeutique locale a de l'intérêt, par exemple dans les furoncles du nez.

— M. Mahoudeau a observé un échec chez une femme atteinte d'abcès corticaux staphylococciques du rein ; malgré l'emploi de grosses doses, la fièvre se maintint élevée ; un dérivé sulfamidé permit de la faire disparaître passagèrement, mais la malade finit par succomber à une suppuration pleuro-pulmonaire.

— M. Boulin a obtenu un brillant résultat dans un anthrax géant de la face chez un diabétique avec la pénicilline en injections locales, alors que les sulfamides avaient échoué.

A propos du traitement de la maladie de Basedow par l'aminothiozol — MM. H. Coumel, J. Colas et Pellerat (Lyon). L'aminothiazol, utilisé à la dose totale de 11 g. 50 en 1 mois, a produit une amélioration remarquable d'une maladie de Basedow sévère : disparition de la tachycardie, du tremblement, de l'éclat du regard, reprise du poids, retour à la normale du métabolisme de base fortement augmenté au début du traitement. Ce cas vient à l'appui des résultats déjà signalés par MM. Perrault, Bovet et Droguet et souligne l'intérêt thérapeutique de l'aminothiazol dans le goitre exophtalmique.

La biopsie bronchoscopique dans le cancer bronchique. — MM. P. Ameuille, J.-M. Lemoine et Bruninx rapportent 102 observations de sujets suspectés de cancer broncho-pulmonaire et vérifiés par biopsie endoscopique. Ils n'ont pas observé de sarcome ; presque toutes les tumeurs étaient des épithéliomas malpighiens typiques, un petit nombre seulement des épithéliomas atypiques ou glandulaires. Ces derniers représentent les formes les moins malignes, celles dont l'évolution est la plus longue.

Ils insistent sur les difficultés de l'exploration bronchoscopique qui doit toujours être complétée par une exploration télescopique, sur les difficultés de la prise biopsique en bonne place, sur les causes d'erreur dans l'examen microscopique (coupes mal orientées, aspects inflammatoires ou nécrotiques).

Méningite subaiguë à entérocoques guérie par la pénicilline ; échec de la sulfamidothérapie. — M. Feld rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme crânien subi fin Décembre 1943 et ayant déterminé une fissure osseuse pariéto-occipitale, présenta des signes d'arachnoïdite de la grande citerne qui firent pratiquer un drainage. En Mai 1944 apparurent des symptômes de méningite accompagnés d'un liquide céphalo-rachidien trouble, riche en polynucléaires altérés et renfermant des entérocoques. Les troubles méningés persistèrent malgré l'emploi de fortes doses de 1162 F et les injections intraveineuses de cyanure de mercure. On fit alors des injections intrarachidiennes de pénicilline, à la dose de 100 unités Oxford par jour. Au bout de 48 heures l'amélioration clinique était déjà manifeste et la guérison était totale après une dose totale de 12.000 unités. A signaler à la suite des injections des douleurs hypogastriques passagères et une poussée de pléocytose céphalo-rachidienne.

Maladie d'Osler à forme rénale. — MM. Laporte, Reilly, Jacquot et Laforcade. — Chez cette malade atteinte antérieurement de cardiopathie rhumatismale, observée pendant quelques jours seulement à l'hôpital, qui avait, à la suite d'une nouvelle crise de rhumatisme, présenté une fièvre continue accompagnée de congestion pulmonaire traînante, puis d'un épanchement pleural bilatéral à formule lymphocytaire, enfin d'une péricardite avec épanchement, se montrèrent finalement des œdèmes blancs des membres avec

azotémie marquée, sans présence tout d'abord d'albumine, de cylindres ni de globules rouges dans les urines qui renfermaient du streptocoque. A l'autopsie : endocardite végétante à streptocoques. Du côté des reins, lésions vasculaires, glomérulaires et interstitielles, les altérations épithéliales restant très discrètes.

Toute élévation persistante de la température chez un ancien rhumatisant atteint de lésions valvulaires doit faire suspecter une greffe streptococcique.

17 Novembre.

Ostéose parathyroïdienne. Glaucome aigu post-opératoire. — MM. Jacques Decourt, A. Favory et R. Gorin relatent l'observation d'une femme atteinte d'une ostéose parathyroïdienne cliniquement peu évoluée, réduite à des douleurs osseuses, sans impotence ni déformations notables. Les lésions radiologiques étaient assez discrètes. Le diagnostic fut établi sur la présence d'un adénome parathyroïdien aisément palpable et d'un syndrome biologique typique : hypercalcémie, hypophosphorémie, augmentation des phosphatases sanguines, excrétion exagérée du calcium et du phosphore dans les urines. L'ablation de l'adénome parathyroïdien fut suivie d'une phase d'insuffisance parathyroïdienne avec hypocalcémie importante et signes de tétanie latente. A ce moment apparut un glaucome aigu du côté où siégeait l'adénome. Les auteurs discutent les relations possibles de ce glaucome avec l'insuffisance parathyroïdienne.

— M. de Sèze souligne l'intérêt des pseudo-fractures bilatérales présentées par cette malade qui constituent un trait d'union avec les autres ostéoses, ostéomalacie, ostéose par carence calcique, bien que de cause très différente. L'aspect est identique. L'action favorable sur le glaucome milite en faveur d'une relation entre le trouble parathyroïdien et l'apparition du glaucome.

Pneumopathie aiguë par inhalation de gaz de combustion d'essence à plomb tétraéthyle. — MM. A. Pellé et M[lle] France Fresnel (Rennes) rapportent l'observation d'une pneumopathie aiguë chez un jeune malade soumis à l'inhalation de gaz d'échappement d'un moteur à essence, traversant un camion citerne, dont l'aspect radiologique était analogue à celui de la tuberculose pulmonaire ; mais les réactions à la tuberculine négatives, l'évolution rapide des symptômes cliniques et radiologiques, la présence de plomb tétraéthyle dans l'essence permettent de retenir l'origine toxique de cette affection dont il n'est retrouvé aucun exemple dans la littérature médicale.

Pneumopathie chronique par gaz fumigènes. Aspect radiologique pseudo-tuberculeux. — MM. A. Pellé et Lebranchu (Rennes). Un homme de 37 ans est envoyé en surexpertise pour tuberculose révélée par d'importantes modifications de la transparence pulmonaire. La discrétion des symptômes cliniques, la négativité des réactions à la tuberculine permettent de porter le diagnostic de pneumopathie chronique par inhalation de produits fumigènes provenant de chlorure de titane et chlorhydrine sulfurique.

Il s'agit d'une affection non encore signalée, susceptible d'être fréquemment rencontrée chez des malades qui relèvent du service des pensions militaires.

— M. Flandin, à propos de ce dernier malade, fait remarquer que si l'inhalation de gaz fumigènes est assez courte, elle ne laisse pas de traces durables, mais si elle est prolongée, il en résulte des cicatrices et une invalidité.

— M. Ameuille évoque les ressemblances entre l'image radiologique trouvée chez le premier malade et celle qu'on trouve dans le syndrome de Lœffler, où l'on rencontre aussi des foyers nodulaires multiples et fugaces s'accompagnant d'éosinophilie sanguine.

— M. Pellé n'a pas trouvé d'éosinophilie chez son malade.

P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

4 Novembre 1944.

Action de l'alanine, du glycocolle et de l'urée sur l'excitabilité neuro-musculaire. — M. P. Chauchard apporte par la méthode chronaximétrique une nouvelle preuve de l'action neuromusculaire excitante des acides aminés, tandis que l'urée a un pouvoir dépresseur nerveux qui doit intervenir dans le coma urémique.

Oxydation des sulfures en thiosulfate chez les vertébrés supérieurs. — M. D. Garabadian montre l'existence d'un système biologique catalysant cette oxydation, système relativement thermostable et ayant un *p*H et une température d'action optimum.

18 Novembre.

La teneur en vitamine E de l'huile de germe de blé. — M. Lecoq montre qu'il faut tenir compte dans l'appréciation de la teneur en vitamine E du germe de blé et de son huile des techniques utilisées et surtout, pour une grande part, du mode d'évaporation du solvant : chauffage sec ou humide et durée de l'opération : le vieillissement peut aussi intervenir pour une part appréciable. Toutes précautions prises, la teneur en tocophérol du germe de blé paraît être normalement de 40 à 50 mg. pour 100 et celle de l'huile de 0 g. 450 à 0 g. 500.

Acide ascorbique et rachitisme. — MM. Lecoq, P. Chauchard et M[lle] Mazoué établissent, par des recherches nouvelles effectuées sur le rat blanc, que si l'action alcalosique de l'acide ascorbique se manifeste par la correction des troubles neuromusculaires, elle est cependant dépourvue de tout effet spécifique et n'affecte en rien l'évolution des lésions osseuses. Aussi le rat, qui normalement peut faire la synthèse de ce corps, n'utilise-t-il point contre le rachitisme cet insuffisant moyen de défense, comme le prouve la teneur inchangée de ses organes en acide ascorbique.

Recherches sur la toxicité des composés triphénylmétaniques anthelmintiques. — MM. R. Deschiens et J. Bablet. Le rapport de la dose curative à la dose toxique C/T de la fuchsine basique (1/20), du violet cristal (1/15), du violet de gentiane (1/15) et du sulfate de vert malachite (1/30) permet l'emploi thérapeutique de ces dérivés. Les lésions rénales observées expérimentalement avec des doses toxiques montrent que les contre-indications éventuelles à la prescription de ces anthelmintiques relèvent surtout des troubles fonctionnels de l'appareil excréteur.

Propriétés immunisantes et anaphylactisantes de la glycérine. — M. J. Solomidès.

Élection. — M. Delong est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE PARIS

8 Mai 1944.

Action des vaccins par voie parentérale sur les épiploïtes. — M. Paul Jacquet, dans 6 épiploïtes à forme tumorale d'origine sigmoïdienne, ou appendiculaire, ou dans les périgastrites ulcéreuses, a obtenu la résolution complète en 2 à 6 semaines par des vaccins administrés par voie parentérale. Il semble que ces vaccins aient une action sclérosante qui, parfois d'ailleurs, doit en limiter l'emploi.

— M. Sénèque a observé des cas semblables qui ont cédé au repos et à la glace appliquée sur l'abdomen.

— M. Basset prépare souvent de tels malades par des injections pré-opératoires de propidon.

Le traitement des stases de la 3e portion du duodénum. — M. Bergeret, ayant observé que dans le traitement des stases de la 3e portion du duodénum la duodéno-jéjunostomie latéro-latérale avec ou sans gastro-entérostomie se montre souvent insuffisante, présente les nouvelles techniques auxquelles il s'est arrêté : anastomose en Y dont il décrit les diverses modalités et qui toutes aboutissent au moins pour la portion gastrique à une anastomose termino-latérale ou termino-terminale.

— M. Gaudart d'Allaines distingue 3 variétés de stases duodénales : 1° Le mégaduodénum congénital auquel peut s'appliquer une intervention du type proposé par M. Bergeret ; 2° les stases duodénales secondaires à un ulcère de la 2e portion du duodénum pour lesquelles il pourrait convenir de faire une gastrectomie seule ou avec une autre anastomose ; 3° les syndromes duodénaux plus ou moins typiques avec stase sans que l'on trouve d'ulcère, soit cliniquement, soit radiologiquement ou opératoirement. Pour ces cas, il n'a pas obtenu encore de bons résultats immédiats.

— M. Hillemand rappelle que, pour lui, la stase duodénale n'est pas une maladie mais un syndrome souvent secondaire ou d'origine fonctionnelle, par exemple d'ordre toxique (morphinomane) ou endocrinien.

— M. Quénu pense qu'il ne faut pas opérer les stases fonctionnelles mais qu'il est, d'autre part, difficile de dire s'il s'agit bien de stases mécaniques.

— M. Chiray rapporte l'observation d'une de ses malades qui devint morphinomane et présentait une distension du duodénum à l'angle D_2-D_3, sans signes fonctionnels d'altération du transit.

— M. Soupault dit qu'en cas d'obstacle une anastomose latéro-latérale est suffisante alors que dans les autres cas l'anastomose termino-latérale vaut mieux.

Polymétallisme dentaire et dysesthésie linguale. — M. F. Moutier rappelle les troubles de la sensibilité linguale observés chez certains malades ayant des appareils ou des dents prothétiques de différents métaux. Les courants galvaniques qu'ils créent n'expliquent pas toujours à eux seuls les troubles observés. Il faut faire intervenir à côté du terrain nerveux de ces malades certains caractères salivaires (*p*H) et la sensibilité spéciale de ces sujets aux réactogènes.

La calcithérapie intraveineuse révélatrice d'une lithiase inapparente en vésicule exclue. — MM. Lambling et Lagarenne, après cette observation, se demandent s'il n'y aurait pas là un moyen de faire apparaître des calculs invisibles radiologiquement.

Suites anormales d'une cholécystectomie. — M. J. Sénèque.

J.-M. Gorse.

SOCIÉTÉ DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DE PARIS

3 Avril 1944.

Trois cas de ruptures de cicatrices utérines. — MM. Desnoyers et Thoyer-Rozat. La 1re observation se rapporte à une rupture spontanée au 5e mois d'une 2e grossesse chez une malade ayant eu une césarienne corporéale à sa première grossesse. Dans le 2e cas il s'agit d'une rupture de cicatrice de myomectomie : à noter que les suites opératoires de cette intervention avaient été compliquées d'un abcès pelvien. La 3e observation relève probablement comme étiologie d'une fissure sous-péritonéale du segment inférieur qui a été méconnue lors de l'accouchement antérieur.

— M. Lantuéjoul. Après l'accouchement c'est à l'hystérectomie qu'il faut avoir recours, et non à la myomectomie, lorsqu'un fibrome se complique.

Pathogénie de la dysménorrhée virginale et du spasme de l'isthme utérin. — MM. C. Béclère et Simonnet. Cette dysménorrhée est due au spasme douloureux de l'isthme utérin qui s'observe surtout chez les hyperhormonales et les hyper-folliculiniques. L'hormone du corps jaune permet d'améliorer ces dysménorrhées.

Doit-on réhabiliter la fistulisation intestinale au cours du traitement des péritonites « post-abortum » ? — M. Bret, en se basant sur 3 observations, pense que si, au cours de la laparotomie, les anses intestinales sont rouges, dilatées, couvertes de fausses membranes, l'entérostomie immédiate peut se défendre. Si, en cas de lésions moins accentuées, le ballonnement persiste 2 ou 3 jours après l'intervention, malgré sérum hypertonique intraveineux et aspiration duodénale, la fistulisation est justifiée. Celle-ci doit se faire sur l'iléo terminal ou le cæcum.

Conjonctivites diphtériques isolées chez le nouveau-né. — MM. Lacomme et Jamain publient 2 observations de conjonctivites diphtériques à forme pseudo-membraneuse observées en quelques mois. Cette localisation diphtérique est très rare. Elle se présente sous forme catarrhale pseudo-membraneuse ou grave. Le diagnostic repose sur le fait qu'on pense à rechercher le bacille de Löffler dans toute conjonctivite, même banale, qui ne cède pas rapidement aux traitements usuels.

Subocclusion du grêle après accouchement chez une femme ayant subi une ligamentopexie. — MM. Renon et Wacquet.

1er Mai.

Nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin dans les suites de couches. — MM. Jean Ravina et Guy Le Lorier. Il s'agit d'une femme présentant une tumeur latéro-utérine gauche dont le diagnostic n'a pu être fait pendant la grossesse. Il s'agit d'un fibrome de la corne gauche diagnostiqué au cours d'une révision utérine. Dès le lendemain la température s'élève et la stabilisation est très lente à obtenir. Malgré cet état infectieux du début, l'évolution est finalement aseptique. La malade est opérée 2 mois après l'accouchement en absence de toute infection. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit effectivement de nécrobiose aseptique, fait exceptionnel dans les suites de couches.

Trois cas de tétanos « post abortum » consécutifs à l'emploi de crayons Chaumel comme agent abortif. — MM Cleisz, Bret, Gadrat et M[me] Vallin rapportent 3 cas de tétanos *post abortum* observés par eux en 4 mois à la suite de l'emploi de crayons chaumel. Ces observations viennent s'ajouter à celles déjà publiées à l'Académie de Chirurgie. Deux des malades sont décédées.

Les auteurs pensent qu'il pourrait y avoir une des substances composantes de ces crayons, la glycérine par exemple, dont la présence serait capable d'exacerber la virulence des bacilles ou des spores tétaniques. Ils pensent que la fabrication de ces crayons devrait être interdite.

La discussion de cette observation amène la Société à inscrire à son ordre du jour la question du tétanos *post abortum* déterminé par l'emploi de crayons médicamenteux.

Cancer du sein et grossesse. Métastases au niveau du bassin. — M. Lantuéjoul. La malade a été opérée d'un épithélioma canaliculaire du sein au 1er mois de sa grossesse. Les métastases multiples apparaissent en particulier au niveau du bassin et du fémur. Césarienne au 8e mois chez une femme agonisante. La mère meurt le lendemain, l'enfant pesant 2.450 g. meurt 2 jours après, son autopsie ne révèle rien de particulier.

Le traitement des hémorragies secondaires du « post-partum » par les tamponnements au filtrot. — M. Morin.

Autopsie médico-légale pour grossesse ovarienne. — M. Dérobert.

P. Duhail.

SOCIETÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX LIBRES

3 Avril 1944.

Communication au sujet de la fondation de la Commission consultative des Hôpitaux libres. — M. Maurice Delort. Le secrétaire général fait part aux membres de la Société de la constitution de cette Commission ministérielle chargée de grouper l'ensemble des formations hospitalières dites « libres » du territoire français.

Réflexions sur 73 cas de stérilité. — MM. Courtois et Mauviel (de Saint-Germain-en-Laye) analysent les observations d'un grand nombre de cas de stérilité observés par eux dans leur centre hospitalier. Ils insistent sur l'importance des troubles circulatoires et infectieux et concluent que, en dehors des traitements endocriniens et chirurgicaux, la thérapeutique la plus efficace leur paraît devoir être la diathermie faite à dose forte et pendant de nombreuses séances.

Sigmoïdite aiguë tumorale ; perforation vésicale ; guérison. — MM. Camena d'Almeida et J. Bruneton rapportent l'observation d'un malade ayant fait une perforation vésicale à la suite d'une sigmoïdite aiguë contrôlée radiologiquement.

A propos du traitement des polyarthrites rhumatismales. — M. Maurice Gaucher insiste sur l'importance du diagnostic étiologique des polyarthrites rhumatismales. Il préconise la chrysothérapie et le port de coquilles plâtrées pour immobiliser les articulations douloureuses.

Données nouvelles sur l'action physiologique et les indications thérapeutiques du venin de crapaud. — MM. Peyron, Salomon et M[lle] Salomon rappellent l'action antihémorragique du venin de crapaud et insistent sur l'effet antithyroïdien de ce venin. Ils pensent que l'action cancéricide pourrait être l'objet d'études approfondies du fait de la résistance des reptiles à ce genre d'affection.

Etude de 21 cas inédits de stérilité observés récemment. — MM. Courtois et Mauviel (Saint-Germain-en-Laye).

3 Mai.

L'évidement attico-antral (technique de Ramadier et Eyries) ; ses avantages sur les interventions classiques. — M. Ch. Eyries décrit la technique dont il a été l'un des promoteurs et insiste sur ses avantages. Il rappelle les inconvénients de la méthode classique et énumère les raisons qui l'ont amené à la modifier.

Aspect paradoxal d'un prélèvement en série. — MM. Maurice Delort et Pierre Ducroquet rapportent un cas de prélèvement en série dont la courbe montra une série d'oscillations contraires à la règle. Il s'agissait d'un gastro-entérostomisé ayant des troubles mécaniques de l'évacuation, chez lequel on discutait le diagnostic d'ulcus peptique et de transformation maligne. La valeur des examens multiples en gastro-entérologie est une fois de plus rappelée.

Occlusion intestinale consécutive à une césarienne et due à un champ opératoire. — M. Vaudescal. Observation d'un champ oublié retrouvé au sein d'un gâteau de péritonite plastique ayant provoqué une occlusion. Intéressante discussion à propos des différents moyens de repérage des champs au cours des interventions.

Un cas curieux de perforation utérine. — M. Vaudescal. L'hystérectomie nécessitée par cette perforation montra qu'il existait dans la cavité utérine le squelette entièrement décharné d'un tout petit fœtus.

Le mois scientifique et professionnel. — M. J.-A. Huet.

Hallux valgus, goutte et chirurgie. Projections et présentation de malade. — M. Gellé.

3 Juin.

Nouvelles indications de la bronchoscopie dans la tuberculose pulmonaire. — M. Soulas rappelle ses travaux sur « la séparation des expectorations », sur la « séparation des airs des

poumons » et sur « les suppurations associées à la tuberculose ». Il montre des clichés et des photographies de tuberculose primitive des bronches. Il discute la question complexe des « cavernes ballonnisées » et de leur drainage.

Le mois scientifique et professionnel. — M. J.-A. Huet.

Présentation de documents sur le rôle de la gémellité et de la parthénogénèse dans le développement des tumeurs. — M. Peyron.

J.-A. Huet.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

27 Avril 1944.

Éloge funèbre du Professeur G. Chavannaz. — M. Loubat.

Sur un cas de pancréatite aiguë hémorragique traité par l'adrénaline et l'éphédrine. — MM. Dufour et Magendie présentent un cas de pancréatite aiguë hémorragique au stade d'hématome, sans tache de cytostéatonécrose, vérifié à la laparotomie et traité par des injections massives d'adrénaline et d'éphédrine sans qu'il ait été fait de dilacérations de l'hématome ni de drainage. Guérison.

Transplantation tendineuse pour paralysie radiale définitive. — MM. Charbonnel et R. Barroux. Bon résultat obtenu par la transplantation des tendons grand palmaire et cubital antérieur dans un cas de paralysie radiale haute traumatique définitive avec impossibilité organique de suture ou greffe.

Gangrène d'un orteil après anesthésie locale. — MM. Massé et Labarre. Observation de gangrène étendue d'un orteil après anesthésie à la butelline à 0 g. 25 pour 100 ; la solution ne contenait pas d'adrénaline et il n'y avait aucune infection. L'héliothérapie a guéri ces accidents.

L'auteur rappelle leur rareté et la possibilité d'explication par trombophlébite et endartérite.

Aplasie vaginale, autoplastie, grossesse, césarienne. — M. Barthélémy (Sarlat). M. Jeanneney, rapporteur. Observation d'une malade de 21 ans, vue en 1932, aplasie vaginale, création d'un vagin par décollement rectovaginal et greffe des grandes lèvres sur le dédoublement, bon résultat : la malade est revue en 1938 pour grossesse, il est pratiqué une césarienne.

Pneumectomie totale par ligatures isolées des éléments du pédicule. — M. Laumonier. Observation d'une femme de 56 ans avec tableau clinique de néoplasme du poumon droit et opacité parahilaire du lobe inférieur droit.

Après pneumothorax, pneumectomie totale avec ligature isolée des éléments du pédicule, selon la technique de Maurer. Opération sans incident ; petit hémothorax au 12e jour par chute du moignon bronchique ; guérison faite avec thoracoplastie limitée à 4 côtes. L'histologie a révélé qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde infecté.

Jéjuno-iléite régionale. — M. Tingaud. M. Magendie, rapporteur. Femme de 34 ans avec antécédents de crises abdominales douloureuses ; vue en crise aiguë avec défense, température. Laparotomie médiane sous-omhilicale : longue portion d'iléon rouge épais et infiltrée, ganglions dans le mésentère ; injection de novocaïne et d'adrénaline sans résultat ; fermeture sans drainage. Guérison.

J. Poinot.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

9 Mai 1944.

Un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. Présentation de malade. — MM. Dechaume, F. Girard, Kohler et Mme Thévenin présentent un jeune garçon de 13 ans dans les antécédents héréditaires duquel on retient le suicide de la mère et dans les antécédents personnels des convulsions à répétition jusqu'à l'âge de 10 ans.

L'examen montre : un retard de développement physique avec microcéphalie relative, des adénomes sébacés type Pringle localisés à la région naso-génienne et ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation cutanéo-muqueuse.

Un retard de développement intellectuel important : niveau mental de 6 ans aux tests de Simon, 5 ans aux tests de Portalus, avec niveau scolaire de 6 ans aux tests de Vauly. Des lésions oculaires typiques de la « phakomatose » de Van der Hœve. Deux points sont dignes d'être retenus, les troubles caractériels, crises de dépression qui posent le problème de leur nature « épileptoïde », les progrès réalisés au point de vue intellectuel en 3 mois (passage à un niveau mental et scolaire de 7 ans).

Syndrome d'hypoventilation pulmonaire pour lésion bronchique au cours d'une tuberculose pulmonaire tertiaire. — MM. Vachon, Mayoux et J. Gonnet présentent une observation d'hypoventilation pulmonaire incomplète dans les 2 sens chez un sujet de 29 ans, caractérisée par une diminution du murmure vésiculaire et un balancement médiastinal, découverte radiologique sans atélectasie ni emphysème. La bronchoscopie a confirmé qu'il s'agissait d'une sténose bronchique par lésion tuberculeuse.

Valeur comparée de la cuti-réaction à la tuberculine et de la percuti-réaction à la néotuberculine. — MM. Hinschberger, Rogery et Touraine.

Note sur la fréquence de l'allergie à la tuberculine chez un contingent de 1.000 jeunes Français de 20 ans. — MM. Hinschberger, Rogery et Touraine.

Les manifestations ophtalmologiques de la sclérose tubéreuse de Bourneville. — M. P. Bonnet.

16 Mai.

Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire avec insuffisance pulmonaire fonctionnelle. Coexistence de dilatation bronchique. Hérédo-syphilis. — MM. Roger Froment, Mounier-Kuhn et Louis Meyer insistent surtout sur le souffle diastolique sus-mammaire gauche d'insuffisance pulmonaire fonctionnelle, seul signe stéthoscopique doublant l'image radiologique de dilatation artérielle pulmonaire, et sur le fait qu'un tel trouble orificiel ne peut être diagnostiqué cliniquement avec sécurité que dans ces conditions de malformation congénitale.

Observation anatomo-clinique de rétrécissement pulmonaire isolé de l'adulte. — MM. Roger Froment et Georges Vignon. Rareté d'une telle lésion (Abott, Routier). La malade est ici morte à 57 ans d'une tuberculose pulmonaire étroitement intriquée avec des signes d'insuffisance cardiaque. Elle présentait, malgré l'ancienneté du trouble, une hypertrophie ventriculaire droite sans dilatation et un athérome tricuspidien isolé, soupçonné cliniquement sur un éclat xiphoïdien du 1er bruit.

L'insuffisance pulmonaire fonctionnelle, signe majeur et isolé de sténose mitrale. Observation anatomo-clinique. — MM. Roger Froment et Georges Vignon. Observation d'une femme de 42 ans, porteuse d'un gros cœur défaillant où le seul signe valvulaire objectif était un souffle diastolique parasternal gauche, accompagnant une saillie très modérée du 2e arc. L'autopsie montra une sténose mitrale latente tandis que l'épreuve d'étanchéité des planchers sigmoïdiens sous pression connue montrait l'absence de toute fuite aortique et une fuite pulmonaire de 6 cm^3 par seconde sous 10 cm. de pression.

Syndromes artériels pulmonaires. Observations. Réflexions. — MM. Roger Froment et Georges Vignon. A s'en tenir aux documents anatomiques, les sténoses orificielles pulmonaires isolées à signes frustes n'existent pas. A l'inverse, il n'est pas prouvé que les dilatations isolées et sans étroitesse anormale de l'aorte puissent comporter un frémissement cataire caractérisé, les signes sthéthoscopiques sont généralement beaucoup plus discrets que dans les sténoses et la distension et la pulsatilité hilaires radiologiques généralement plus accusées. En l'absence de vérification anatomique précise, le diagnostic d'insuffisance pulmonaire fonctionnelle au cours d'une cardiopathie rhumatismale est toujours hypothétique.

Le signe du lacet dans les lésions viscérales d'origine vasculaire sans hypertension. — M. M. Levrat. Le signe du lacet est positif dans certains cas, à vrai dire peu fréquents, de lésions viscérales d'origine vasculaire sans hypertension artérielle, où il constitue alors le seul stigmate clinique de lésion de l'appareil vasculaire.

Les variations du signe du lacet au cours de l'hypertension artérielle. — M. M. Levrat. Chez un hypertendu donné, le signe du lacet garde habituellement la même positivité au cours de l'évolution de la maladie. Mais parfois on observe des variations assez brusques dont on peut se demander si elles ne correspondent pas à des poussées évolutives de la maladie hypertensive.

23 Mai.

Septicémie otogène. Echec de la sulfamidothérapie. Guérison par le traitement chirurgical. — MM. R. Mayoux et H. Martin. Les sulfamides ont une action pratiquement nulle sur la septicémie otogène, le seul traitement reste donc chirurgical.

A propos de cette observation, il est rappelé que les causes d'erreur dans l'épreuve de Queckenstedt sont nombreuses ; après le curetage du sinus et la ligature de la jugulaire interne, la tension, qui était à 20, montait après compression à 55 du côté sain, mais aussi à 35 du côté opéré, et cela 8 jours après l'intervention.

A propos d'une méningite otitique purulente guérie par les sulfamides et compliquée dans ses suites immédiates de rhumatisme articulaire aigu. — MM. R. Mayoux et H. Martin. Cette observation soulève les problèmes habituels de la sulfamidothérapie dans le traitement de la méningite purulente otitique et montre une fois de plus les heureux résultats de cette thérapeutique dans un cas particulièrement grave.

Rupture spontanée de l'aorte. — MM. P. Lagèze et M. Vialtel rapportent un cas de rupture spontanée de l'aorte, avec évolution en 2 temps : syncope et choc, allure d'infarctus myocardique, puis mort après 20 heures. Aorte histologiquement normale en dehors de très discrètes lésions athéromateuses. Pas de syphilis en cause. Ils insistent sur les mystères étiologiques et mécaniques qui entourent de tels cas et sur leur rareté avec aussi peu de lésions.

Image granulique pulmonaire au cours d'une endocardite infectieuse. Lésions pulmonaires interstitielles à type de pneumonie hyperplasique. — MM. Croizat, Revol, Roche et Feroldi. Cliniquement le diagnostic était difficile en l'absence de signes cardiaques nets, la splénomégalie et la fièvre contribuant à orienter vers une étiologie tuberculeuse.

Au point de vue pathogénique, l'image granulique semble correspondre à des lésions interstitielles du type pneumonie hyperplasique de Bret.

Sténose bronchique par ganglion calcifié avec hémoptysies. Intérêt de la tomographie et de la bronchoscopie. — MM. Croizat, Mounier-Kuhn et Revol. L'intérêt de l'observation réside dans la concordance parfaite entre la tomographie et la bronchoscopie, qui montrent sur la bronche droite au contact d'un ganglion une zone rétrécie avec muqueuse, congestive et épaisse expliquant les hémoptysies.

La pathologie des ganglions calcifiés du médiastin, leur retentissement local et à distance. — M. J. Brun.

Angiome localisé du rectum. Exérèse chirurgicale. (Projection de pièce.) — MM. Vachon et Blanchard.

G. Despierres.

SOCIETE DES SCIENCES MÉDICALES DE CLERMONT-FERRAND

4 Juin 1944.

Surmenage émotif et fléchissement de l'immunité vaccinale. — M. Pierre Doussinet. Au cours d'une épidémie de typhoïde observée à l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand, et qui a compté 75 cas de typhoïde à Eberth, dont 8 mortels, l'affection a été contractée par 7 agents du personnel infirmier préalablement vaccinés.

Dans 5 cas, dont une forme maligne hyperpyrexique ayant entraîné la mort en 12 jours, la vaccination (3 injections de vaccin mixte) remontait à 34 mois.

Mais dans 2 cas, la même vaccination remontait à 8 mois seulement. Frappé par les oscillations de l'épidémie qui lui ont paru, dans une certaine mesure, rythmées par les périodes d'alertes et de bombardements, l'auteur se demande s'il ne convient pas de retenir le surmenage sous toutes ses formes, et très particulièrement le surmenage émotif comme facteur prépondérant, dans ces cas, du fléchissement de l'immunité acquise par la vaccination.

Ictère intermittent par agénésie des voies biliaires intra-hépathiques. — M. R. Sacrez. Il s'agit d'un enfant qui au cours de sa vie (3 ans et 4 mois) a présenté 3 ictères prolongés d'environ 4 mois de durée et de subictère dans les périodes intercalaires. L'examen met en évidence une hypotrophie manifeste accompagnée de retard psychique important. Il existe des signes de malformation de l'artère pulmonaire.

Décès consécutif à l'évolution d'une méningite. L'autopsie montre que de nombreux espaces de Kiernan (environ 1 sur 10) sont dépourvus de canalicules biliaires et qu'il existe une artère pulmonaire droite supplémentaire destinée à vasculariser le lobe inférieur du poumon droit.

A propos d'un cas de Tay Sachs. — M. P. Beyer. Depuis l'âge de 6 mois une fillette juive, d'origine slave, présente des troubles moteurs, visuels et psychiques qui augmentent progressivement. A 17 mois, aspect caractéristique : idiotie amaurotique familiale. Hyperlipémie : lipides totaux 13 g. pour 1.000 ; cholestérol 2,9 g. pour 1.000 de sérum. Radio osseuse et sang : rien à signaler ; moelle osseuse : pas de surcharge graisseuse ni de cellules spumeuses. Urines : albuminurie et cylindres granuleux, azotémie : 0,33 pour 1.000. Anorexie, constipation.

Par la suite, angine, néphrite, très abondant dépôt de phosphate de chaux dans les urines, broncho-pneumonie et mort. Autopsie refusée.

Étude d'un abcès central du poumon par la tomographie. — MM. Henri Paillard, G. Verrier et Verdier.

G. Petit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LILLE

9 Juin 1944.

Volkmann du membre inférieur par lésion associée de l'artère et de la veine fémorales. — MM. Swynghedauw et Lainé. Wolkmann localisé au gros orteil avec Rudinger typique.

Énorme fibro-myxome du cou. — MM. Delannoy, Vandecasteele et Verhaeghe. Tumeur rétro-carotidienne pesant 2 kg. 800 et développée probablement aux dépens de la gaine vasculaire.

Trois cas d'invagination intestinale du grand enfant. — MM. Ingelrans, Wattel et Groult insistent sur les difficultés du diagnostic et le danger des formes méconnues, en particulier simulant la péritonite tuberculeuse.

Traitement de la péri-arthrite traumatique de l'épaule par infiltration ou résection du ganglion stellaire. — MM. Swynghedauw, Lainé et Salembier. Certaines formes ne régressant que lentement après stellectomie s'accompagnent de mutation calcique locale décelée par dosage du calcium dans le deltoïde.

Endométriose pelvienne diffuse après castration pour pyosalpinx. — M. Decoulx croit à la persistance d'un fragment ovarien au cours de l'hystérectomie. Guérison très rapide et complète par radiothérapie.

L'aortographie dans les artérites. — MM. Vandendorp, Vandecasteele et Bonte présentent des clichés, dont plusieurs avec oblitération des artères iliaques ou du carrefour aortique.

Fistule œsophagienne ouverte dans la région sus-claviculaire, due vraisemblablement à une adénite tuberculeuse trachéo-bronchique. — M. Piquet et Mlle Dubuisson.

P. Decoulx.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

12 Janvier 1944.

Un cas d'eczéma traité par l'électro-choc. — MM. Hamel, Valdenaire et Mme Jacquel présentent un malade atteint d'accès catatoniques avec poussées d'eczéma généralisé. Ces deux syndromes, mental et cutané, guérissent après 2 séances d'électrochoc. Les auteurs émettent l'hypothèse d'une atteinte des centres hypothalamiques.

A propos d'un nouveau cas de tumeur pharyngo-hypophysaire. — MM. Florentin, Hacquard et Valdenaire, à propos d'une tumeur de la poche de Rathke, insistent sur la latence de ces néoformations pendant une longue période, sur leur difficulté diagnostique, sur la résistance du tissu nerveux aux compressions lentes, et enfin se demandent si les troubles mélancoliques et les tendances perverses de leur malade n'ont pas été les premiers symptômes de compression tumorale.

Abcès de la pointe de la langue. — MM. Aubriot, Coulet et Henry. Curieux cas de suppuration collectée secondaire à une morsure.

Trois cas de tétanos céphalique. — MM. V. de Lavergne, J.-R. Helluy et Mme Herbeuval rapportent l'observation de 2 malades atteints de tétanos céphalique ayant évolué favorablement vers la guérison et celle d'un malade qui a présenté une forme hydrophobique rapidement mortelle. Chez ce dernier, la seule vue d'un verre d'eau avait provoqué un spasme très serré ayant véritablement « étranglé » le malade.

L. Pierquin.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Indications des doses massives de marron d'Inde

Nous avons montré, dès 1939, la valeur des hautes doses de marron d'Inde dans la résolution de la crise hémorroïdaire avec prolapsus réductible ou étranglé. D gouttes *pro die* (10 fois L gouttes) pendant cinq à sept jours provoquent en général, dès le troisième jour, la réduction de prolapsus souvent impressionnante.

Nous avons continué depuis à vérifier, en de nombreux exemples, le bien-fondé de nos conclusions précédentes. Nous avons eu néanmoins l'occasion de rencontrer des malades que l'on avait soumis à cette posologie forte sans obtenir de résultat patent. Leur crise était en réalité autre chose que celle sommairement diagnostiquée. Nous soulignons ici les cas les plus fréquents où un diagnostic trop rapide avait entraîné un déluge médicamenteux inefficace parce que nullement indiqué.

1° L'erreur la plus courante est représentée par le syndrome fissuraire. Un malade, ancien hémorroïdaire en général, présente un accroissement brutal de ses douleurs, avec ou sans prolapsus. La fissure est responsable de cet état. Sa découverte peut être délicate mais non difficile, car à la base de tout syndrome fissuraire il y a effectivement une fissure, comme l'a souvent rappelé, et encore récemment, mon maître Rachet. En face de cette fissure, le marron d'Inde agit peu. C'est l'infiltration sous-fissuraire qui fera le miracle et cette thérapeutique est trop bien assise actuellement pour que nous insistions.

2° La thrombophlébite hémorroïdaire externe est une « surhémorroïde » arrivant brusquement, extrêmement douloureuse, créant un spasme sphinctérien des plus poussés. La posologie forte n'a pas sa place ici. C'est l'ouverture de la thrombose avec expulsion du caillot, décrite par MM. Bensaude et Rachet, qui est le traitement authentique. Le marron d'Inde retrouvera quelques indications, mais mineures, dans la thrombose hémorroïdaire interne et celle sus-hémorroïdaire, plus rare.

3° Les phénomènes initiaux de l'abcès aigu de la marge peuvent égarer le diagnostic. Et si l'examen demeure hésitant, c'est l'état fébrile qui guidera, par rapport à l'hypothermie habituelle de l'hémorroïdaire en crise.

4° L'acuité de certaines crises de prurit anal essentiel, avec œdème et suintement, peut en imposer parfois pour une crise hémorroïdaire. L'échec du marron d'Inde est normal, la raison profonde de la crise nous échappant d'habitude, comme le démontre la multiplicité des traitements généraux et locaux proposés, parmi lesquels l'infiltration aqueuse ou huileuse semble la moins inefficace.

5° L'escarre thérapeutique est à ranger sous la bannière des contre-indications. Provoquée par une injection intrahémorroïdaire, par une injection trop superficielle, par un produit caustique, par une faute d'asepsie, elle est fréquemment très douloureuse, et seules les applications locales par suppositoires, lavements, glace, amènent un raccourcissement d'une crise qui doit néanmoins passer par divers stades avant d'arriver à sa résolution finale. La médication *perorale* n'est pas satisfaisante et si le marron d'Inde agit peu, l'anémone par contre semble être plus efficace.

L'indication vraie de la posologie massive du marron d'Inde est bien la crise hémorroïdaire représentée :

Soit par une poussée congestive d'hémorroïdes internes, fréquemment hémorragiques ;

Soit par une turgescence hémorroïdaire aiguë avec prolapsus réductible ;

Soit par cette même turgescence à son maximum, avec prolapsus étranglé.

C'est dans ces éventualités que l'intrait de marron d'Inde, vieille et fidèle préparation, la seule que nous ayons expérimentée à l'exclusion de toute autre, amène des résultats accélérés. La prise de 10 fois L gouttes par jour est plus efficace que la dose totale ou subtotale par cuillerées à café que nous voyons très fréquemment prescrite. Le malade en crise pense obligatoirement à son mal, des prises horaires ne peuvent le gêner, et l'étalement multi-quotidien de l'action médicamenteuse a un pouvoir croissant sur le système hémorroïdal. Nous n'avons jamais été amenés à dépasser la durée d'une semaine, la réduction du prolapsus se produisant ou s'amorçant en général dès le troisième jour.

Nous n'avions noté auparavant qu'une contre-indication nette : l'hypertension. Il ne faut donc pas s'attarder aux phénomènes subjectifs cardiaques dont se plaignent certains adultes. Chez le vieillard, par contre, les sensations cardialgiques peuvent être assez gênantes pour limiter la posologie et c'est une restriction sur laquelle nous insistons, la tolérance individuelle prenant de l'importance à partir de la soixantaine. Bien que nous ayons vu récemment une crise avec prolapsus en masse, guérie à la dose de D gouttes chez une femme de 73 ans et sans phénomène d'intolérance, nous devons à la vérité de dire que certains vieillards, chez lesquels d'ailleurs les crises peuvent être aussi violentes que chez les jeunes, supportent plus malaisément une posologie massive et qu'il convient en l'occurrence de ne pas être trop absolus mais plutôt éclectiques.

MAX FILIPPI (Lille).

Sciatiques par injections médicamenteuses intramusculaires

Dans un article paru dans le *Sud Médical et Chirurgical* du 31 Mai 1943, MM. Roger et Paillas appellent l'attention sur les névrites sciatiques consécutives aux injections médicamenteuses intra-fessières.

Il ne s'agit pas d'accidents dus à de grossières fautes techniques, mais d'accidents survenant après des injections correctement faites au lieu d'élection et qui ne s'observent d'ailleurs qu'avec certains corps médicamenteux.

Ceux dus aux injections de quinine sont connus de longue date : déjà au Congrès français de Médecine de Bordeaux tenu en 1923, Roger en rapportait 90 cas.

D'autres sont de connaissance récente.

Les sciatiques bismuthiques sont rares (une quinzaine de cas publiés). Elles ne surviennent qu'après injection de produit huileux. Elles s'accompagnent souvent de dermite livedoïde.

Les sciatiques sulfapyridiniques ne sont pas rares, et de nombreux cas en ont déjà été publiés : elles sont particulièrement brutales et sévères.

Enfin Roger rapporte 2 cas personnels, les seuls publiés, consécutifs à l'injection d'un produit à base d'eucalyptol, de gaïacol, de camphre, et d'acide phénique, très usité dans le traitement des infections pulmonaires. Dans un de ces cas on notait l'existence d'une dermite livedoïde.

Tous ces accidents présentaient les mêmes caractères, à quelques nuances près, quel que soit le produit en cause.

1° Fréquence considérablement plus grande chez l'homme : ceci en raison sans doute de l'épaisseur plus grande du pannicule adipeux chez la femme. Rappelons à ce sujet que pour Darier les injections intrafessières sont, en règle, sous-cutanées profondes et non intramusculaires, comme on l'admet communément, « et cela est heureux car dans les muscles les injections, surtout huileuses, produisent une douleur immédiate, vive et contusive et presque toujours une douleur tardive irradiée ».

2° Apparition quelques minutes à une demi-heure après l'injection.

3° Il s'agit d'une sciatique paralytique en règle ; certaines formes peuvent être purement algiques ; elles sont généralement légères, et régressent habituellement. Mais souvent l'élément paralytique est très important. L'atteinte du nerf sciatique est totale, mais avec prédominance fréquente et parfois quasi exclusive sur le sciatique poplité externe. Il y a parfois atteinte associée du petit sciatique (hypoesthésie de la face postérieure de la fesse et de la cuisse).

Le pronostic est très réservé : la régression est assez souvent incomplète ou même nulle. C'est l'intensité de l'atteinte motrice initiale qui règle surtout le pronostic. Les réactions électriques sont aussi d'un grand secours. Les sciatiques après sulfapyridine paraissent particulièrement sévères.

Par quel mécanisme se produisent ces algoparalysies ?

La causticité du produit est le premier facteur dont il faut tenir compte. Pour la sulfapyridine la causticité résulte de la forte alcalinité de la solution nécessaire pour solubiliser le produit. La nature de l'excipient importe également : les produits huileux sont le plus nocifs : c'est ainsi que ces accidents n'ont jamais été observés avec les sels de bismuth hydrosoluble.

Cette action caustique ne semble cependant pas s'exercer directement sur le tronc du nerf : son éloignement quand l'injection est correctement pratiquée, la plus grande fréquence des accidents avec des produits peu solubles ou huileux, donc de diffusion très lente, en sont la preuve.

Le plus souvent un facteur vasculaire entre en jeu : compression par hématome, mais surtout injection intra ou périartérielle déterminant une thrombose ou un spasme propagé à l'artère nourricière du sciatique ; la coexistence assez fréquemment constatée de dermatite livedoïde cadre bien avec cette hypothèse qu'adoptent MM. Roger et Paillas. Cette pathogénie comporte une sanction thérapeutique : l'infiltration immédiate du sympathique lombaire.

Mais c'est surtout à la prévention de tels accidents qu'il faut s'attacher. Il faudra adopter une technique particulièrement rigoureuse : Darier recommande ce qu'il appelle les injections hypodermiques profondes ; il faudra en particulier vérifier que l'aiguille n'est pas en plein muscle en faisant contracter les fesses ; bien s'assurer également que l'on n'a pas piqué un vaisseau en aspirant avec une seringue vide avant l'injection médicamenteuse.

Faut-il proscrire les produits sus-mentionnés en injection intrafessière ? Pour certains, comme les sels bismuthiques où une telle voie est irremplaçable et où les accidents sont rarissimes, une telle conduite est évidemment inconcevable. On devra seulement tâcher d'éviter ces produits chez les sujets trop maigres, et leur préférer par exemple les sels hydrosolubles.

Par contre il n'en est pas de même pour les sels de quinine et surtout le dagénan où la voie buccale est en règle préférable. Pour le dagénan en particulier, l'extrême causticité des solutés injectables doit les faire proscrire : les cas où la voie buccale est contre-indiquée sont en fait fort rares, et en de tels cas on peut soit recourir à un autre sulfamide, soit utiliser le dagénan par voie intrarectale, voie réalisant en règle une excellente absorption et qui mériterait d'être plus souvent utilisée.

Y. PÊCHER.

CHRONIQUES

Les bâtiments de la Maternité

MONUMENT HISTORIQUE [1]

Monastère au XVIIe et au XVIIIe siècle, prison sous la Terreur, maison d'allaitement sous le Directoire, maison d'accouchement depuis la Restauration, telles sont les étapes qui jalonnent l'histoire de cet établissement.

Lorsqu'en 1787 Tenon entreprit son inspection générale des hôpitaux de Paris, il fut effrayé des résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu chez les accouchées dont la mortalité était trois fois plus élevée qu'ailleurs.

C'est pour remédier à une organisation aussi défectueuse que la Convention affectera plus tard une maison spécialement réservée aux femmes en couches. Profitant des immenses ressources mises à sa disposition par la suppression des communautés religieuses, elle utilisa d'anciens couvents pourvus de vastes dépendances pour les transformer en hôpitaux. Tel fut le destin de Port-Royal.

Célèbre dans le monde entier par les souvenirs qu'il éveille, le nom de Port-Royal rappelle à la fois les querelles du jansénisme et les heures sombres de la Révolution.

Ici, comme à la vallée de Chevreuse, des hommes éminents par leur savoir et leur piété firent retraite dans ses murs.

C'est en 1626 que commence l'histoire de Port-Royal de Paris avec l'arrivée de la Mère Angélique et des premières religieuses. Sœur du grand Arnauld, l'abbesse de Port-Royal des Champs recueillait les premiers fruits de la réforme qu'elle avait introduite dans son monastère. En rétablissant la règle de Saint-Benoît dans toute sa rigueur, elle imprima une telle impulsion à l'ordre de Cîteaux qu'en moins de vingt ans le nombre des religieuses avait presque quadruplé. Se trouvant trop à l'étroit, la communauté devenue de plus en plus florissante résolut de fonder une autre maison. Une généreuse donation faite en 1625 par la mère de l'abbesse permit la réalisation de ce projet. Autorisées à quitter leur humide et malsaine habitation de la vallée de Chevreuse, les religieuses de Port-Royal des Champs vinrent s'installer à Paris, dans l'hôtel de Clagny qui leur était destiné.

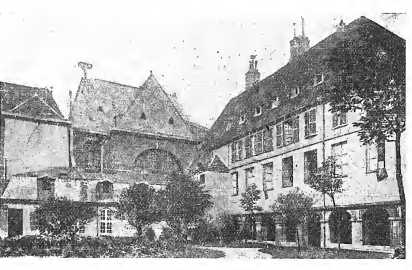
Située au faubourg Saint-Jacques, rue de la Bourbe, cette propriété entourée de vastes jardins se prêtait fort bien à l'établissement d'un couvent, mais avant de songer à s'agrandir, il fallait d'abord aménager les locaux.

Enlevée à la juridiction de Cîteaux, l'abbaye passe sous l'autorité de l'archevêque de Paris. C'est alors que la direction spirituelle des religieuses est confiée à Duvergier de Hauranne, abbé de Saint-Cyran, ami personnel du grand Arnauld et de Jansénius. Partisan convaincu des idées de l'évêque d'Ypres qu'il développa et fit pénétrer dans l'esprit de son auditoire, il prit rapidement une grande influence et contribua à répandre la doctrine janséniste avec une incroyable rapidité.

Ce fut une ère de prospérité pour la maison, où l'on vit se grouper de nombreuses personnalités en quête d'assurer leur salut.

Vivant dans le couvent en qualité de dames pensionnaires, des femmes de la haute société étaient autorisées à se faire bâtir, soit au dehors, soit dans l'enceinte même de la clôture, d'élégantes habitations comme le pavillon d'Atry qui revenaient ensuite à la communauté. D'autres, la princesse de Guéménée, Mme de Sablé, contribuaient par des donations importantes à la construction de bâtiments dont elles se réservaient une partie, et que nous voyons encore. En 1646, c'est Mlle de Longueville qui pose la première pierre de la chapelle édifiée d'après les dessins de Lepautre, tandis que la marquise d'Aumont fera élever plus tard le chœur des religieuses, où s'abritera *la Cène* de Philippe de Champaigne.

Avant de se retirer à Port-Royal des Champs, pour s'y livrer à l'étude et à la méditation, les *Solitaires* s'étaient d'abord groupés dans le monastère de Paris. On y voyait les deux frères de la Mère Angélique : Antoine Arnauld, célèbre théologien, et Arnauld d'Andilly, ses deux neveux : Antoine Lemaistre et son frère Lemaistre de Sacy, Lancelot le grammairien, Nicole, Singlin et bien d'autres, tous ardents jansénistes.



Ancienne abbaye de Port-Royal de Paris, côté nord-est du cloître. (*Arch. phot.*)

Au milieu du XVIIe siècle, la construction de l'abbaye était presque achevée, en particulier la salle capitulaire, le grand bâtiment du sud contenant le réfectoire et les cellules des religieuses, enfin la chapelle et le cloître qui tous subsistent aujourd'hui. Ainsi qu'on le voit sur les gravures de l'époque, l'établissement du faubourg Saint-Jacques portait le nom de *Monastère du Saint-Sacrement des religieuses de Port-Royal*.

Dans la chapelle dédiée au Saint-Sacrement, la décoration dorée de la grille d'autel représentant un ostensoir rappelle ce souvenir.

Depuis qu'elle avait institué dans sa maison l'Adoration perpétuelle, la Mère Angélique était autorisée, ainsi que toute la communauté, à porter le titre et l'habit des Filles du Saint-Sacrement. Sur le célèbre tableau de Philippe de Champaigne, c'est dans ce costume que le peintre l'a représentée, revêtue du grand scapulaire blanc barré d'une croix rouge.

A partir de 1653, la querelle qui s'envenime entre l'église et les partisans du jansénisme ne laissera plus à Port-Royal un instant de repos. Pour désavouer la doctrine janséniste, il fallait signer un *Formulaire* contenant les cinq fameuses propositions dites de Jansénius condamnées par le pape. Partageant les idées de leur directeur et confesseur sur la grâce efficace, les religieuses de Port-Royal s'y refusèrent, non sans courage, puisqu'elles se mettaient ainsi en opposition avec la double autorité ecclésiastique et royale. Des sanctions de plus en plus sévères sont prises contre tous les réfractaires. D'abord contre les *Solitaires* qui se voient chassés de leur retraite de Port-Royal des Champs: puis en 1661 c'est au tour des religieuses de Port-Royal de Paris, auxquelles on impose un nouveau Supérieur en même temps qu'on les oblige à renvoyer leurs dames pensionnaires, leurs postulantes et leurs novices.

Trois ans plus tard, l'archevêque de Paris les exhorte à faire leur soumission. Ne pouvant arriver à les ramener, il déclare qu' « à la vérité elles étaient pures comme des anges mais orgueilleuses comme des démons ». Enfin, le 26 Août 1664, après plusieurs essais inutiles, il n'hésite pas à se présenter devant le monastère, accompagné du chevalier du guet et de 200 archers, le mousqueton sur l'épaule. Il n'en fallait pas moins pour avoir raison de 12 religieuses en larmes qui refusaient de sortir de leur maison.

On les fit monter dans des carrosses pour les disperser dans les différents couvents de Paris. Parmi elles, se trouvait une femme de 73 ans, impotente, et qui relevait de maladie, la Mère Agnès, qui avait pris la place d'abbesse à la mort de sa sœur. Le même jour, suprême offense, on leur imposait la présence de 6 religieuses de la Visitation chargées de prendre en main la direction de la maison. L'année suivante, 60 religieuses réfractaires étaient encore arrachées de leur couvent et renvoyées à Port-Royal des Champs, d'où elles seront expulsées plus tard avant d'avoir vu raser leur monastère. Ne restaient au faubourg Saint-Jacques qu'une dizaine de religieuses plus dociles qui, ayant accepté de signer, furent maintenues. C'était la fin de l'influence janséniste à Port-Royal de Paris. L'année 1669 achèvera la désorganisation dans les deux maisons désormais séparées. A l'abbaye cistercienne de Paris, allait succéder l'abbaye visitandine.

Tandis que quarante ans plus tard, Port-Royal des Champs subissait le sort que l'on connaît, le monastère de Paris qui s'était soumis, du moins partiellement, et qui avait changé de direction, fut épargné.

La vie normale avait repris dans le couvent avec de nouvelles dames pensionnaires et de nouveaux bâtiments, lorsque la Révolution vint mettre un terme à sa prospérité renaissante. Supprimé en 1790 et laissé à l'abandon pendant près de quatre ans, l'ancien monastère fut utilisé comme prison sous la Terreur, sous le nom inattendu de *Port-Libre* ou plus communément *la Bourbe*.

Dès le 1er Frimaire an II (21 Novembre 1793), elle recevait ses premiers pensionnaires qui pouvaient lire sur les murs du réfectoire ces inscriptions pleines d'à-propos : « L'homme libre chérit sa liberté, lors même qu'il en est privé ». ou encore : « La République fait le bonheur de la société ; elle range tous les hommes sous la bannière de l'intérêt commun. » Séparés des femmes, les prisonniers occupaient le grand bâtiment à trois étages situé au sud et prenant vue d'un côté sur le cloître, de l'autre sur l'Observatoire et les jardins. 3 salles leur étaient affectées : celle de l'*Unité* au rez-de-chaussée, celles des *Républicains* et des *Sans-Culottes* au premier et au second.

Malgré le nombre important des détenus qu'elle recevait, plus de 600, et ceux qu'elle envoyait à l'échafaud, la prison de la Bourbe était toujours pleine. Citons parmi eux Lavoisier, Malesherbes, Florian, M. de Sombreuil et sa fille, le frère de Chateaubriand et combien d'autres appartenant à l'élite de la noblesse et de la bourgeoisie. Quatorze mois s'étaient écoulés depuis le 9 Thermidor, lorsque le 10 Vendémiaire an IV (2 Octobre 1795), la Convention trouvant une nouvelle affectation pour la Bourbe, la mettait à la disposition générale des hospices, pour y installer les enfants trouvés et leurs nourrices envoyés provisoirement au Val-de-Grâce.

1. Tous nos remerciements à Mme Manchon, directrice de la clinique Baudelocque, d'avoir bien voulu consacrer plusieurs matinées à nous faire visiter son hôpital.

Hospice dépositaire de l'époque, l'ancienne prison recevait tous les enfants abandonnés âgés de moins de 2 ans qu'on plaçait à la campagne chez des nourrices... quand il y avait de l'argent pour les payer. Outre les nourrissons et les nourrices sédentaires, celles-ci en très petit nombre, la Bourbe recevait également les femmes enceintes prêtes d'accoucher. Ce n'est qu'au moment du travail, faute de place, qu'elles passaient dans l'établissement voisin, à l'Oratoire rue d'Enfer (plus tard hospices des Enfants-Assistés), où s'installa sous le Consulat l'école d'accouchement. Ainsi, dès le 25 Vendémiaire an IV (17 Octobre 1795), les nouveaux pensionnaires s'installaient chacun dans leur maison respective. Tandis que l'Oratoire devenait *Hospice d'accouchement,* la vieille prison de la Terreur prenait le nom d'*Hospice d'allaitement.*

Tout en ayant chacun leur affectation spéciale, ces deux établissements, quoique séparés, se trouvaient réunis sous une direction et une dénomination commune : *Hospice de la Maternité.*

La section d'allaitement à la Bourbe connut au début de son installation une effroyable mortalité. Déjà très améliorée sous le Consulat, cette organisation subit sous la Restauration d'importantes modifications.

Depuis le 29 Juin 1814, les deux maisons définitivement séparées fonctionnent sous le régime que nous leur connaissons aujourd'hui.

Tandis que la section d'allaitement passait à l'Oratoire sous le nom d'*Hospices des Enfants-Trouvés,* la section d'accouchement s'installait définitivement à la Bourbe avec l'école d'accouchement sous le nom de *Maternité* qu'elle a conservé jusqu'à nos jours.

C'est dans une salle de la Maternité, le 7 Décembre 1815, que fut transporté le corps du maréchal Ney pour y passer la nuit avant d'être conduit au cimetière du Père-Lachaise. Depuis cette époque, de grandes transformations ont apporté bien des changements dans l'ancien monastère en vue d'approprier les locaux à leur nouvelle destination. Il fallut démolir d'anciens bâtiments, en construire de nouveaux et aménager au mieux ceux que l'on pouvait utiliser. Telle qu'elle nous reste aujourd'hui, l'ancienne abbaye de Port-Royal a sa place marquée dans notre patrimoine artistique. Pressenti pour en proposer le « classement », M. Pierre Paquet s'exprimait ainsi devant la Commission des Monuments historiques : « Ces constructions, écrit-il, se rattachent à de tels souvenirs du XVII[e] siècle, qu'il serait vraiment grand dommage de ne pas en assurer la conservation[2]. »

C'est ainsi que depuis le 24 Octobre 1933, la plus grande partie des bâtiments est « classée », c'est-à-dire la chapelle et le chœur des religieuses, le pavillon de la direction, le cloître et la salle capitulaire. Une telle marque d'intérêt motive une visite, d'abord à la chapelle que l'on voit du dehors, accolée à un grand bâtiment, mais dont la porte extérieure, aujourd'hui condamnée, se trouve à plus de 1 *m.* du sol depuis qu'on a supprimé l'escalier. Faisant face au maître-autel, le chœur des religieuses, servant actuellement de magasin, était séparé de la partie réservée au public par une grille en fer que l'on voit encore.

Les petites loges grillées qui se trouvent de chaque côté de l'autel permettaient aux dames pensionnaires d'assister aux offices, sans quitter leurs appartements. Le bas-côté droit, seul intéressant, est occupé par le baptistère entouré de riches boiseries où figure une amphore. Comme la couronne d'épines sculptée au-dessus de la porte extérieure, ce motif rappelait le souvenir des précieuses reliques conservées dans le monastère : une épine de sainte couronne et le vase qui aurait servi aux noces de Cana.

Comme le chœur des religieuses, la salle capitulaire, située derrière, est entourée de boiseries à mi-hauteur, malheureusement cachées par des armoires vitrées. En bordure de la rue Saint-Jacques s'élève l'ancien hôtel d'Atry, aux élégantes proportions, aujourd'hui pavillon de la direction. En face, l'ancien hôtel de Guéménée. Au sud, on voit un grand bâtiment tout en longueur, curieux par la disposition de son toit, dont la corniche est interrompue au niveau de chaque fenêtre.

2. Archives des monuments historiques. Rapport à la Commission des M. H. (Séance du 30 Janvier 1932.)

C'est par le cloître qu'il faut terminer, pour avoir une vue d'ensemble de l'ancien couvent. On croit s'y trouver encore en voyant ces arcades régulières, sauf au nord, ces vieux bâtiments couverts de tuiles ou d'ardoises, ces clochetons, ces petits campaniles abritant des cloches. Par endroits, rien n'a changé, ni les énormes poutres des combles avec leurs petits recoins, ni les escaliers Louis XIII avec leur rampe de bois et leurs marches usées, ni les caves si solidement voûtées. Ici, tout vous parle d'autrefois. Cette pierre que l'on voit contre le cloître, c'est la dalle mortuaire d'Antoine Le Maistre, dont l'épitaphe latine fut tracée par l'un des nôtres, le bon D[r] Hamon. Plus loin, au nord, au pied de l'église, voici l'*escalier du miracle* que la fille de Philippe de Champaigne, alitée depuis deux ans, put descendre après une neuvaine particulièrement fervente. Une autre fois, c'était la propre nièce de Pascal, miraculeusement guérie d'une fistule lacrymale après un simple attouchement de la sainte épine.

Pleine de souvenirs, cette maison a le charme particulier des vieilles demeures d'autrefois. Si elle mérite de retenir notre attention, ce n'est pas tant pour les bâtiments eux-mêmes que pour la puissance d'évocation qu'ils inspirent. C'est que dans ces lieux si chargés d'histoire, où passe encore l'ombre du grand Arnauld, on retrouve ce que nul n'a pu arracher : le prestige de Port-Royal.

PIERRE VALLERY-RADOT.

BIBLIOGRAPHIE

BÉNASSIS : Revue thérapeutique des alcaloïdes. *La Maternité.* — DELAUNAY : *La Maternité de Paris,* 1909, 462 pages. — DULAURE : *Histoire de Paris.* — TENON : *Mémoires sur les hôpitaux de Paris,* 1788.

Paul Jacquet

(1886-1944).

Né le 6 Avril 1886, Paul Jacquet eut une carrière médicale particulièrement brillante. Interne en 1911, médaille d'or en 1920, médecin des hôpitaux en 1926, il devint rapidement chef de service à l'hôpital Ambroise-Paré d'abord, puis à l'hôpital Saint-Antoine.

Elève de Courtois-Suffit, Léon Bernard, Jean Hallé, Enriquez, Carnot et Guillain, il s'orienta rapidement vers la gastro-entérologie. Après s'être attaché à l'étude tant clinique qu'épidémiologique de la grippe, il tourna son activité vers les affections de l'appareil digestif. C'est ainsi qu'il consacra toute une série de communications à l'étude radiologique de l'appendicite chronique, aux battements de l'aorte abdominale, symptôme qu'il eut le mérite de mettre en évidence sous le nom de solarite. Nous citerons ses recherches sur les ptoses, la côlite appendiculaire, les gastralgies d'origine utérine, les épiploïtes, les périviscérites, l'éventration diaphragmatique, la fissure anale, etc.

Deux fois mobilisé, Jacquet partit comme médecin de bataillon en 1914, comme médecin consultant en 1939. Il souffrit des tristesses de notre défaite, mais s'il n'a pas connu le bonheur de la libération et de la victoire, il a eu du moins la joie d'en voir les prémices.

Profondément désintéressé, très bon, d'une grande sensibilité, très aimé de ses élèves, de son personnel, de ses malades, il n'avait que des amis et l'émotion provoquée par sa disparition presque subite en est la preuve.

Appartenant à une famille d'artiste (son père était graveur et professeur à l'école des Beaux-Arts), Jacquet, de bonne heure, eut le goût des belles choses. Très musicien, très brillant, aimant les tableaux, les voyages, tous les plaisirs de la vie, il avait tout pour être heureux. Mais profondément attaché à la vie familiale, il eut le malheur de voir son foyer ravagé par une maladie aussi longue qu'inexorable. Ce drame intime explique sa vie pendant ces quinze dernières années. Sachant que la guérison n'était pas possible, toujours tourmenté par l'inquiétude, il se replia sur lui-même, et seule la voussure de sa taille, la tristesse de son regard révélaient combien était grande sa souffrance qu'il cachait jalousement.

Mais, depuis quelques mois, il reprenait goût à la vie, dans le calme du nouveau foyer qu'il venait de fonder, quand, en quelques heures, il fut enlevé à l'affection des siens, loin de son fils, jeune étudiant en médecine, obligé par les circonstances tragiques dans lesquelles nous vivions de quitter Paris. A M[me] Paul Jacquet, à Pierre Jacquet, à son frère le docteur Ernest Jacquet nous adressons nos bien vifs sentiments de condoléance.

P. HILLEMAND.

MILITARISATION DE L'HOPITAL AMÉRICAIN DE PARIS

L'hôpital américain de Paris, à Neuilly-sur-Seine, vient de cesser, au moins momentanément, ses fonctions comme hôpital civil. Il est maintenant confié aux autorités militaires des Etats-Unis, représentées par le lieutenant-colonel EDMUND O. GATES, officier médical en chef. Quelques infirmières de l'ancien régime vont continuer temporairement leurs fonctions, à côté du personnel actuel appartenant en entier à l'armée des Etats-Unis. L'hôpital ne recevra désormais que les membres des forces américaines.

Une nouvelle phase s'inscrira ainsi dans l'histoire de cet hôpital, créé primitivement en 1906, conformément à la réglementation hospitalière en France. Il reçut son premier malade le 30 Mars 1910, et fut formellement reconnu en 1913 par un décret du corps législatif fédéral des Etats-Unis. Ce premier hôpital américain avait une capacité de 40 à 50 malades seulement. Il servit efficacement à l'organisation et au travail de l'ambulance américaine (American Ambulance Hospital) pendant la guerre mondiale de 1914-1918.

Après cette guerre, le besoin d'un hôpital américain plus important à Paris devint de plus en plus évident. Un nouveau bâtiment, commencé en 1922, fut ouvert le 30 Janvier 1926, la cérémonie inaugurale ayant eu lieu le 12 Mai de la même année.

Depuis cette date, l'hôpital a fonctionné à Paris jusqu'aux événements accompagnant l'entrée des Etats-Unis dans la guerre actuelle. En 1941, lors du départ de ses directeurs américains, l'hôpital a été occupé par la Croix-Rouge française et largement utilisé comme centre de réforme des blessés de guerre, en admettant toutefois un certain nombre de malades civils. Aujourd'hui on voit l'hôpital sous son nouvel aspect militaire.

L'acte de son incorporation a fixé pour l'hôpital, fonctionnant comme hôpital américain en France, un terme de cinquante ans, dont trente et un sont déjà écoulés. Quelle sera son existence pendant et après les dix-neuf ans qui lui restent ? *Chi lo sa !* Peut-être deviendra-t-il hôpital français, peut-être sa charte sera-t-elle renouvelée et étendue. En tout cas, il aura toujours eu sa part et joué son rôle dans l'histoire médicale de Paris.

Nous le saluons, donc, sous sa nouvelle dénomination de *Station hospital numéro* 365 *de l'armée des Etats-Unis,* en souhaitant, pour lui et pour son chef, un avenir plein d'honneur et d'utilité.

THEODORE C. MERRILL,
ancien associé en médecine
de l'hôpital américain de Paris.

Livres Nouveaux

Les dispositifs interstitiels de tension dans les poumons. (Leur histophysiologie normale et pathologique), par FÉLIX MULLER, 1 vol. in-8°, 160 pages, 13 fig. en noir, 4 planches hors texte (*Masson* et C[ie]), Paris, 1944. — Prix : 50 fr.

C'est une nouvelle contribution du laboratoire de Policard à l'histophysiologie normale et pathologique du poumon.

Montrer que le tissu conjonctif interstitiel du poumon, avec ses constituants collagènes, élastiques et réticulaires, n'est pas un simple élément d'empaquetage, mais un dispositif bien établi pour assurer la mise en tension du poumon par les mouvements inspiratoires et son retour à une position de repos, tel est le but de ce mémoire.

A l'échelle du lobe pulmonaire et du lobule, il décrit l'organisation de ce tissu entre un point d'appui externe, la plèvre pour le lobe, le périlobule pour le lobule lui-même et, d'autre part, un point d'appui interne : l'axe broncho-vasculaire.

Entre les deux est établi un « système de tension », périvasculaire et périalvéolaire dont la disposition répond aux plus minimes nécessités de la ventilation pulmonaire.

Tous ceux qu'intéresse la physiologie pulmonaire doivent lire ce travail qui met de l'ordre dans un désordre apparent.

Les pathologistes le doivent lire bien davantage, ne fût-ce que pour dissiper les erreurs traditionnelles sur les « scléroses pulmonaires » et l'emphysème, par exemple.

Ce travail est excellent, suggestif, digne de l'Ecole où il a été inspiré et mené à bien.

P. AMEUILLE.

INFORMATIONS

La Presse Médicale *est de nouveau cruellement frappée. Le Dr* Desfosses, *secrétaire de la rédaction, vient de mourir. Nous retracerons la vie de cet homme fin, perspicace, plein d'imagination et de généreuse indulgence que tous appréciaient et aimaient. Mais dès aujourd'hui* La Presse Médicale *s'incline devant l'un de ses tout premiers animateurs et présente à Mme Desfosses et à son fils ses sentiments de très vive sympathie.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Cabinet du Ministre

L'arrêté du 27 Septembre 1944 fixant la composition du cabinet est complété comme suit :

Chef-adjoint de cabinet : M. Deroche, ingénieur des Travaux publics.

Attachés de cabinet : Mme le docteur Barthes, M. le médecin capitaine Marill.

Chargés de mission : M. le docteur Lafay, M. le médecin commandant Marx, M. Bonnet-Baillière.

(*J. O.*, 21 Novembre 1944.)

Office de Documentation médicale professionnelle

Le directeur de l'Office de Documentation médicale professionnelle et de Remplacement du Conseil national des médecins, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris, rappelle à ses confrères, ainsi qu'aux étudiants, qu'il est toujours à leur disposition pour les créations ou transmissions de postes médicaux, l'indication des situations médicales administratives à pourvoir, la cession et l'achat d'instruments et de livres médicaux, ainsi que pour tout remplacement de médecin.

Prix de l'Académie des Sciences 1944

Extraits de la quatrième liste.

Prix généraux.

Prix Serres (10.000 fr.). — M. Albert Dalcq, professeur à la Faculté de Médecine de Bruxelles, pour l'ensemble de ses travaux d'embryologie expérimentale.

Prix Jean-Jacques Berger (12.000 fr.). — M. Sébastien-Eugène Turchini, ancien directeur du service radiologique de l'hôpital de la Charité de Paris, qui a consacré sa vie à la radiologie et a été victime de l'effet des rayonnements, qui a nécessité de cruelles amputations.

Prix Laura Mounier de Saridakis (16.500 fr.). —M. André Girard, docteur en médecine, pour ses découvertes dans la série des hormones sexuelles.

INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES

Par arrêté du 4 Octobre 1944 du ministre de la Santé publique, les élèves ayant subi les épreuves du diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière, en Novembre 1944, devant un jury nommé par le ministre de la Santé publique en date du 25 Octobre 1944, sont mises en état de réquisition et tenues d'assurer leur service dans les établissements relevant de l'administration de l'Assistance publique de Paris.

(*J. O.* du 15 Novembre 1944.)

Protection de la maternité et de l'enfance

Un décret du 8 Novembre 1944 détermine les conditions d'application de la loi provisoirement applicable du 16 Décembre 1942 sur la protection de la maternité et de l'enfance. (*J. O.* du 15 Novembre 1944.)

Université de Paris

Conférences d'actualités de Biochimie médicale. —Le cours de perfectionnement de Biochimie Médicale a commencé le 1er Décembre 1944, à 14 heures. Ces conférences, qui en font partie, auront lieu chaque mercredi, à 18 heures, à l'Amphithéâtre du service de Chimie Médicale de la Faculté de Médecine (Prof. M. Polonovski).

6 Décembre 1944. Prof. C. Fromageot : Métabolisme du soufre chez les vertébrés supérieurs. — 13 Décembre. Mlle E. Lebreton : Rôle, dans le métabolisme des lipides, des cholestérolestérases et des lécithases. — 20 Décembre. Prof. Polonovski : L'étape initiale de la biogénèse des composés organiques. — 10 Janvier 1945. M. Rangier : Adrénaline et adrénalinémie. — 17 Janvier. M. R. G. Busnel : La biochimie des ptérines. — 24 Janvier. Prof. A. Boivin : Biochimie des anticorps. — 31 Janvier. Prof. C. Sannié : Pigments des champignons et pénicilline. — 7 Février. Prof. P. Boulanger : Le métabolisme du sodium et du potassium. — 14 Février. M. J. Cheymol : Substances synthétiques à activité œstrogène. — 21 Février. M. J. Courtois : Dosage des enzymes en chimie pathologique. — 28 Février. Prof. F. Caujolle : Biochimie du cobalt. — 7 Mars. Prof. Courrier : Rapports fonctionnels des substances stéroïdes. (Cette conférence aura lieu exceptionnellement au Collège de France, salle nº 5, à 17 h. 30.)

Cours de psychiatrie médico-légale élémentaire. — Le Prof. Laignel-Lavastine fait actuellement ce cours à la Faculté de Droit à 11 heures (amphithéâtre nº 3).

Prochaines leçons. 8 Décembre : Réactions anti-sociales des toxicomanes. — 15 Décembre : Réactions anti-sociales des délirants. — 22 Décembre : Réactions anti-sociales des déments. — 5 Janvier 1945 : Réactions anti-sociales des périodiques, des hystériques et des épileptiques. — 12 Janvier : Réactions anti-sociales des paranoïaques. — 19 Janvier : Réactions anti-sociales des déséquilibrés, des pervers instinctifs et des obsédés. — 26 Janvier : L'homicide pathologique. — 2 Février : Limites du vol morbide. — 9 Février : Attentats aux mœurs. — 16 Février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Pour les étudiants de l'ancienne zone sud. — Les étudiants de l'ancienne zone sud dont les études ont été interrompues pendant l'année scolaire du fait de leur incorporation dans les chantiers de jeunesse sont admis au bénéfice des dispositions du décret du 26 Juin 1944. (Circulaire aux Recteurs du 31 Octobre 1944.)

Concours et places vacantes

Service de Santé militaire. — Un concours pour le recrutement direct de médecins et de pharmaciens lieutenants de l'armée active sera ouvert le 18 Décembre 1944 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris. Les candidats titulaires du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien s'adresseront au ministère de la Guerre, direction du service de santé, 1er bureau, personnel, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, jusqu'au 5 Décembre 1944.

Internat des hôpitaux d'Orléans. — Ce concours pour 4 places aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, le 15 Janvier 1945, à 9 heures.

S'adresser au directeur régional de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : Docteur Méla (Corse).

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

— Méd. aux. Chimenes (ne B. Nord-Africain).

A titre posthume : Méd. lieut. Quemener (ne B. T.) ; méd. s.-lieut. Gasparo (ne R. T.) ; méd. lieut. Lépine (ne D. M. T.).

Nos Echos

Naissances.

— Le Docteur et Madame André Le Roy ont le bonheur de faire part de la naissance de leur fils *Edouard-Henri* (Paris, 33, avenue Charles-Floquet [VIIe], 28 Septembre 1944).

— Hélène Baumann est heureuse de faire part de la naissance de son frère *François*, le 1er Juin 1944 (Dr Baumann, 55, rue de Varenne, Paris-7e).

— Etienne Perol, interne des hôpitaux de Paris, et Madame le Docteur Perol sont heureux de faire part de la naissance de leur 2e enfant *Guillemette*.

— M. Maurice Bucaille, externe des hôpitaux de Paris, et Madame, née Legrand, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Claude* (Paris, 18, rue Violet, 6 Octobre 1944).

Mariage.

— On annonce le mariage de M. Christian Sors, interne des hôpitaux de Paris, avec Mlle Hélène Sanson, de Saint-Victor-l'Abbaye (Seine-Inférieure).

Décès.

— On annonce le décès des docteurs : Gibier-Rambaud, ex-directeur de l'Institut Pasteur de New-York ; Charles Cachera, de Paris, à l'âge de 79 ans ; Marcel Metzger, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux de Paris ; Paul Choppin (Paris).

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Leçons pratiques particulières des techniques de laboratoire. Ecrire : Laboratoire, 74, rue de la Tour, Paris-16e.

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au courant termes médicaux. Ecr. *P. M.*, nº 745.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'ad. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, sect. Sud-Ouest, vis. pharm. clin. s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, nº 778.

A vendre, en parf. état statif Zeiss, cuivre, platine tournante, chariot mobile. En coffret. Objectifs : Zeiss à immersion, 160 mm., Leitz, 2 et 7 ; Reichert, 3 ; Oculaire, 3. Oculaires compensateurs, 4, 6 et 18. Appareil de diathermie. Petite instrumentation d'urologie. Tables. Cystoscopes, Stérilisateur. Téléphoner à Wagram 59-18.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, 846.

Laboratoire analyses recherche chimiste très au courant analyses médicales. Hinglais, 30 r. de Miromesnil, Paris.

Dame ch. emploi ch. docteur ou dentiste. Recevrait clientèle. S'occuperait intérieur, Paris. Ecr. *P. M.*, nº 853.

Infirmier salle d'opérations, muni tr. bonnes référ., dem. place maison de santé Paris ou province. Conduirait ambulances ou docteur dans ses déplacements. Ecr. *P. M.*, nº 856.

Infirmière (études médic. interrompues), fille officier, ch. poste secrét. assistance médec. ou dentiste. Ecr. *P. M.*, nº 881.

Visiteur médical meill. réf., expér. acquise, tr. sérieux, introd. dep. 10 a. aupr. médecins, clin., hôp. rég. Ouest, rech. Labo exclusivité. Ecr. *P. M.*, nº 883.

Laborantine conn. histologie, hématologie, chimie biologique, sér. réf., ch. empl. Paris. Ecr. *P. M.*, nº 884.

A céder à Vichy cabinet médical avec appartement. Très bien situé. Ecr. *P. M.*, nº 886.

Prospecteur médical visitant 1.000 à 1.200 Drs et Sage-f., ch. Labo région Marseille, Var et Gard, peut extension. Ecr. V. Gervais, 1, pl. du Change, à Marseille (B.-du-R.).

Achèterais ophtalmomètre de Javal et boite de verres. Ecr. *P. M.* nº 898.

Laboratoire demande pour Paris et les grands centres visiteurs (es) médicaux, même débutants. Envoyer *curriculum vitæ* et références à *P. M.*, nº 905.

A vendre side-car pour vélomoteur. Tél. : Troc. 22-18.

Instruments d'urologie à vendre pour cause cessation exercice. Dr Iselin, 1, rue Auguste-Vacquerie, Paris. Tél. : Passy 20-36.

Electroradiologiste disposant d'un matériel moderne cherche collaboration avec confrère ou clinique. Ecr. *P. M.*, nº 916.

Belgique. Agence de publicité médicale est à la disposition des Laboratoires français pour la diffusion et la distribution de leurs spécialités. Promefra, Ecr. *P. M.*, nº 917.

Jne fille brevet élément. recherche secrétariat pour après-midi, Paris. Ecr. *P. M.*, nº 918.

Infirmière-secrétaire, tous diplômes, réf. 1er ordre, dés. sit. stable, secrét. médic., direction, majorat. Ecr. *P. M.*, nº 919.

Agent médical, famille médicale, 15 ans expérience, présentant actuellem. un produit notoire aux médecins de Paris, ch. un second prod. connu ou à lancer, ou un second labo. Ecr. *P. M.*, nº 920.

Étudiant méd. 5e année. Ext. hôp. Paris, cherche occupation médicale l'après-midi. Ecr. *P. M.*, nº 921.

Visiteur médical, fils pharmacien, 15 ans pratique, réf. 1er ord., rech. labo pr. rég. sud-est av. ou sans exclusivité. Ecr. *P. M.*, nº 922.

A vendre matériel complet de laboratoire d'analyse : microscope binoculaire Stiassnié, étuve électrique ; tables de lave, autoclave, métabolisme basal, verrerie, produits, etc. Ecr. *P. M.*, nº 923.

Médecin réfugié des côtes, 2 enfants, ch. bon poste 150 km. de Paris, dispose comptant ; ou remplacement de longue durée. Ecr. Saas, 47, rue Manin, Paris (19e).

Recherche spécialités pharmaceutiques à acheter avec visa pouvant être exploitées dans le Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, nº 925.

Poste médical, méd. gén. et pédiat. centre important régions entre Dijon, Lyon et Savoie recherché. Accepterait remplacement longue durée. Ecr. *P. M.*, nº 926.

Secrétaire médicale diplômée, sténo-dactylogr., excellentes références, cherche emploi dans clinique. Ecr. *P. M.*, nº 927.

Étudiant médecine, 18 inscript., 2 a. intern. hôpit. prov., tr. au cour. prat. médic., chirurgic., phtisiologie, ch. emploi ds clin. ou aupr. méd. surchargé Paris, banl. paris. Ecr. *P. M.*, nº 928.

Recherchons bons agents médic., classe, expérience, préfér. non exclusifs, ttes rég. Ecr. M. Guérin, 23, bd d'Argenson, Neuilly-sur-Seine.

Pharmaciens recherchés par Labo. spécialités pharmac., Paris, Toulouse. Ecr. M. Guérin, 23, bd d'Argenson, Neuilly-sur-Seine.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
Alfred Corouge, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

CONSTATATION OPÉRATOIRE D'UN RÉFLEXE VEINO-ARTÉRIEL AU COURS D'UNE ANCIENNE PHLÉBITE

Contribution à l'étude de la physiologie pathologique des phlébites post-opératoires.

PAR MM.

René LERICHE et Jean KUNLIN

(Paris)

On a souvent, dans ces dernières années, insisté sur la fréquence clinique du retentissement artériel des phlébites. Dans un intéressant article, Cornil, Mosinger et Audier[1] en ont montré la réalité histologique. Personnellement, très souvent, en opérant d'anciennes phlébites nous avons constaté la symphyse veino-artérielle et l'adventicite de propagation. Mais, jusqu'ici, nous n'avions fait aucune constatation directe éclairant la physiologie même des accidents : nous ne les avions pas vus en acte.

Voici quelques observations qui éclairent la question.

Dans ces dernières années, à plusieurs reprises, opérant des phlébites graves dans les premières heures ou les tout premiers jours, nous avons trouvé un important œdème de la gaine commune des vaisseaux et de l'adventice artérielle. La paroi de l'artère était rouge, survascularisée, tomenteuse à un point que l'on n'imagine guère. Des examens bactériologiques nous ont montré que l'inflammation était aseptique. L'atteinte de la paroi artérielle est presque contemporaine de la thrombose veineuse. Elle la suit de si près qu'on ne voit pas l'une sans l'autre. Toujours l'artère était petite et spasmée.

Un fait que nous venons d'observer montre que *ce spasme dure et qu'il est directement conditionné par l'inflammation veineuse : la résection de la veine thrombosée l'a fait disparaître sous nos yeux.*

Nous opérions un homme de 33 ans ayant un volumineux œdème de la jambe gauche, séquelle d'une phlébite consécutive à une appendicectomie à froid faite en 1938. La phlébite avait été grave. Il y avait eu deux rechutes de la période inflammatoire et l'immobilisation au lit avait été de dix-huit mois. La gêne résiduelle était considérable.

Une *phlébographie* avait montré une oblitération de la veine fémorale à sa partie moyenne. Le segment veineux supérieur (veine fémorale commune) devait être libre car il n'y avait pas de circulation veineuse anormale sur la paroi abdominale et la région pubienne. Le 12 Août 1943 une sympathectomie lombaire avait été faite et n'avait eu aucun effet sur l'œdème. Il nous parut indiqué d'aller réséquer la veine fémorale oblitérée. Le 24 Avril 1944, les vaisseaux fémoraux furent découverts depuis l'arcade crurale jusqu'au canal de Hunter. L'artère était petite, spasmée, ne battant pas, peu adhérente à la veine qui, elle, était de tout petit calibre, plate, épaissie. Il paraissait y avoir en son centre un minuscule filet de sang qui bavait paresseusement à la ponction et certainement ne devait être d'aucune utilité pour la circulation de retour. La veine fut suivie jusqu'à deux doigts de l'arcade où la veine fémorale commune avait son calibre normal. La veine fémorale profonde, plus grosse que normalement, débouchait juste à ce niveau. C'était elle, uniquement, qui remplissait le tronc commun. Une ligature fut mise au ras de la veine fémorale commune sur la veine fémorale superficielle. La tranche de section inférieure montrait une paroi épaisse avec un pertuis central filiforme où l'on put essayer une gouttelette de sang visqueux. Il ne parut même pas nécessaire de mettre une pince pour l'obturer et rien ne coula plus. Il semblait qu'en essuyant la tranche on eût tari l'apport sanguin. Tout le segment attingible fut enlevé jusque dans le canal de Hunter. Un minuscule canal collatéral doublait la veine. Il ne devait pas être d'un grand secours, pas plus que la saphène qui était petite et contractée. Après avoir fait un surjet au fil de lin sur la tranche de section supérieure, nous regardions s'il ne serait pas possible de remplacer le segment veineux réséqué par une greffe de veine, lorsque nous vîmes que l'artère dont nous ne nous étions pas occupés était en train de reprendre un calibre normal. *Sur un tiers de son trajet, elle n'était déjà plus contractée et se terminait en entonnoir. Nous vîmes la dilatation se poursuivre jusqu'à 2 travers de doigt du canal de Hunter.* Cela ne se faisait pas tout d'un coup, mais de façon insensible : en haut, l'artère dilatée se continuait normalement avec la fémorale commune et, en bas, l'*entonnoir terminal se déplaçait sans qu'un mouvement de la paroi fût visible.* Ce n'était que par rapport aux parties voisines que se pouvait apprécier la cessation du spasme. L'opération s'étant faite sous anesthésie rachidienne, il ne nous fut pas possible d'attendre que tout fût disparu. Le phénomène était si net que cela nous parut inutile. Le lendemain la jambe était complètement désenflée et très chaude, plus chaude qu'avant et que celle du côté opposé, ce qui ne présage rien du résultat thérapeutique définitif. Histologiquement, la veine n'est pas complètement oblitérée. En un point des lésions anciennes d'endophlébite, la musculeuse, très sclérosée, est interrompue sur de larges secteurs par la sclérose.

En somme, la résection d'une veine en état pathologique a levé immédiatement l'état de contraction intense de l'artère voisine comme si la cause même du spasme était supprimée. Cet état de spasme était d'autant plus remarquable que la majeure partie des vaso-constricteurs du membre inférieur était supprimée depuis neuf mois.

Il semble donc établi qu'il existe des réflexes vaso-constrictifs veino-artériels comme il y a des réflexes artério-artériels récemment étudiés par l'un de nous dans son cours du Collège de France.

1. Les interrelations artério-veineuses pathologiques des membres. *La Presse Médicale*, 17 Mai 1937, n° 22.

RECHERCHES COMPARATIVES SUR DIVERSES ÉPREUVES D'EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE

PAR MM.

Etienne CHABROL, M. CACHIN et J. BLANCHARD

(Paris)

Dans les années qui ont précédé la guerre, nous nous sommes assigné la tâche de soumettre comparativement 150 malades aux épreuves les plus usuelles de la pathologie du foie. Nous avons effectué le dosage de leur sucre sanguin et de leur sucre urinaire après administration du galactose par voie buccale, la mesure de leur polyurie provoquée par l'épreuve de l'eau, la confrontation de leurs principes biliaires sur le sérum recueilli le matin à jeun. Si les résultats obtenus ont été souvent contradictoires, ils n'en méritent pas moins d'être rapprochés, car tout en éclairant le délicat problème de la traversée des sucres dans l'économie, ils nous donnent une vue d'ensemble sur la valeur respective de méthodes essentiellement différentes dans leurs principes et dans leur portée.

***

Le lecteur trouvera dans le tableau ci-après les enseignements de notre statistique concernant l'*épreuve de Bauer.* Elle souligne :

1° le bien-fondé et l'originalité des recherches de cet observateur sur le diabète latent des ictères infectieux, qu'extériorise l'élimination massive du galactose par les urines ;

2° la fréquence, bien connue avant lui, de la glycosurie provoquée chez les sujets porteurs d'un gros foie (diabète par anhépatie de Gilbert; diabète fruste, par insuffisance glycolytique, de Achard et Weil) ;

3° les très nombreux échecs de l'épreuve de Bauer (8 fois sur 10) au cours des cirrhoses atrophiques avec ascite ;

4° la supériorité de l'hyperglycémie provoquée (Gilbert et Baudouin) sur la galactosurie pour l'étude de cette dernière classe de faits.

C'est afin de parer aux défaillances de l'épreuve de Bauer que Noël Fiessinger et Thiébaut[1] ont fait valoir non plus l'élimination globale du galactose en vingt-quatre heures mais ses *concentrations au litre sur les urines fractionnées,* recueillies de deux heures en deux heures, après ingestion de 40 *g.* de galactose dans 200 *g.* d'eau. Selon ces auteurs, des concentrations supérieures à 10 ou 15 *g.* pour 1.000 traduiraient un fléchissement de la barrière du foie vis-à-vis du sucre introduit. Nous ferons une réserve à cette affirmation : pour qu'elle fût légitime, il faudrait pouvoir établir que le débit total du sucre rejeté dans les échantillons successifs d'urines a nettement dépassé celui d'un sujet normal observé dans des conditions comparables, en d'autres termes que l'épreuve de Bauer a été parallèlement positive. Or il n'en est pas ainsi pour la plupart des malades porteurs d'une cirrhose atrophique du foie, ces sujets n'éliminant dans les vingt-quatre heures qu'une quantité de sucre relativement minime. Si leurs concentrations au litre sont élevées, ce n'est point parce que leur glande hépatique a manqué à sa fonction de glycopexie, c'est parce qu'ils présentent les troubles de l'excrétion hydrique bien mis en lumière par l'école de Gilbert[2] et que résument les mots d'opsiurie et d'oligurie. Le problème s'éclaire lorsque chez un même cirrhotique on fait varier la diurèse d'un jour à l'autre par un artifice thérapeutique, sous l'effet du neptal ou d'une injection veineuse de galactose.

Observation CLI. — *Epreuve de galactosurie par ingestion, sans neptal :* Concentration, 22,2 pour 1.000; débit hydrique bihoraire, 40 cm^3; débit du sucre, 0 *g.* 89.

Epreuve de galactosurie par ingestion, après neptal : Concentration, 8,8 pour 1.000; débit bihoraire des urines, 95 cm^3; débit du sucre, 0 *g.* 84.

Observation CLXXXII. — *Epreuve de galactosurie par voie buccale :* Concentration, 28 pour 1.000; débit bihoraire, 40 cm^3; débit du sucre, 1 *g.* 15.

Epreuve de galactosurie par voie veineuse : Concentration, 10 pour 1.000; débit bihoraire, 200 cm^3 ; débit du sucre, 2 *g.*

Ces deux exemples nous montrent qu'une élévation momentanée du débit hydrique des urines peut ramener les concentrations à un chiffre normal, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir à ce propos un rétablissement de la barrière du foie. C'est dire que l'ingénieuse variante des concentrations du galactose au litre est bien plus dans la ligne de l'épreuve de l'eau, nous révélant l'opsiurie et l'oligurie des hépatiques, que sur les confins de l'épreuve des débits, proposée par Bauer pour juger l'élimination globale du galactose introduit dans l'économie.

***

Au lit du malade l'exploration fonctionnelle du foie nous aide à résoudre 3 grands problèmes de pratique quotidienne ; elle tend à préciser :

1° *l'indication chirurgicale d'un ictère par rétention ;*

2° *l'origine d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit ;*

3° *le pronostic d'une cirrhose ou d'une hépatite dégénérative.*

A. — *Le diagnostic chirurgical des ictères* consacrerait le triomphe de *l'épreuve de Bauer* s'il ne s'agissait que d'opposer l'un à l'autre l'ictère infectieux bénin et l'ictère du cancer pancréatique. Malheureusement, c'est pour d'autres jaunisses que l'opérateur veut avoir un critère.

1. Fr. Thiébaut : L'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères. *Thèse de Paris*, 1931.
2. Maurice Villaret : Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques. *Thèse de Paris*, Steinheil, Juillet 1906.

Enseignements comparatifs de l'épreuve de Bauer et de l'hyperglycémie provoquée par le galactose.

Hyperglycémie franche flèche glycémique supérieure à 0,70 pour 1.000.
Galactosurie franche : élimination supérieure à 1 *g.* 50 en 24 heures.

	NOMBRE DE CAS			
	hyperglycémies franches galactosuries franches	glycémies faibles galactosuries franches	hyperglycémies franches galactosuries faibles	glycémies peu modifiées galactosuries faibles
Sujets normaux		3	6	3
Ictères infectieux bénins et ictères catarrhaux	13	7	2	2
Ictères néoplasiques		4	7	15
Lithiases ictérigènes	4	4	5	1
Cirrhoses ictérigènes graves	2		1	
Ictères graves chez des cardiaques		1	1	
Spirochétose ictérigène		1	1	
Gros foie congestif ou cirrhosé sans ictère	5	6	5	5
Cirrhose avec ascite et foie non palpable	1	1	8	
Cancers du foie sans ictère			4	2
Lithiases sans ictère et hépatites diverses	2	2	8	

En règle générale toute jaunisse fébrile, d'intensité moyenne, doit à son oligurie des concentrations au litre anormalement élevées ; l'épreuve de Fiessinger et l'épreuve de la polyurie provoquée sont alors concordantes. Mais comment établir le départ entre une lithiase ictérigène qu'il faut drainer et une cirrhose ictérigène qu'il faut respecter ? Inversement, lorsque la diurèse est satisfaisante, les épreuves précédentes sont souvent négatives; c'est le cas habituel du cancer de la tête du pancréas; c'est également, une fois sur deux, celui du syndrome énigmatique que nous désignons sous le nom d'ictère catarrhal prolongé. Nous nous rappelons à ce propos l'observation d'un homme de 50 ans que l'on croyait atteint d'une néoplasie des voies biliaires sur la foi d'une galactosurie négative et qui présenta une remarquable débâcle bilieuse et urinaire la veille de son admission dans la clinique du Prof. Gosset. Ce malade avait une bilirubinémie supérieure à 1 *g.* pour 1.000; c'est habituellement dans les très grands ictères que l'épreuve de Bauer se trouve en défaut. Mais il est aussi des ictères catarrhaux prolongés qui s'apparentent à l'ictère infectieux bénin par leur remarquable galactosurie; chez deux de nos opérés le chirurgien a pu découvrir sous leur masque une inflammation congestive du pancréas, qui nous expliqua rétrospectivement des éliminations provoquées de 8 et 9 *g.* de sucre en vingt-quatre heures et des glycémies de départ de 1,28 et 1,33 pour 1.000. Voilà bien des contradictions qui depuis longtemps nous invitent à chercher des lumières dans une tout autre voie.

En préconisant *l'étude comparative des principes biliaires du sang*[3], nous devons faire observer qu'elle exige des prélèvements nombreux, renouvelés de semaine en semaine pour la confrontation des courbes.

Sur ces cholémogrammes, le taux de la bilirubine va nous servir de terme de comparaison. S'il reste stable ou tend à progresser, c'est un fâcheux indice que de voir baisser à la même heure le chiffre des acides biliaires, du cholestérol et des acides gras non saturés. Une semblable dissociation doit nous faire redouter l'hépatite dégénérative et l'ictère grave; elle représente à nos yeux une contre-indication chirurgicale absolue.

Le pronostic immédiat est bien moins sombre lorsqu'en regard d'une bilirubinémie croissante les courbes des sels biliaires et des lipides sanguins subissent une ascension parallèle : nous songeons alors à l'obstruction cholédocienne que le cancer de la tête du pancréas réalise avec les chiffres maxima. L'ictère catarrhal prolongé peut engendrer lui aussi ce syndrome; mais l'ascension qu'il impose au cholestérol et aux lipides est en général peu marquée; sa cholalémie est par contre remarquablement forte.

De son côté la lithiase ictérigène dispose de nuances qui lui appartiennent en propre : ici la lipémie l'emporte sur la cholalémie ; ajoutons qu'au cours de la maladie calculeuse la courbe de la bilirubine sanguine est sujette à des oscillations, dont la découverte est utile pour le clinicien qui a vainement interrogé les selles et les urines.

3. Jean Cottet : Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires du sang. *Thèse de Paris*, 1935 (*Le François*, édit.). — A. Mathivat : La fonction biliaire chez les ictériques. *Thèse de Paris*, 1939 (*Louis Arnette*, édit). — J. Blanchard : Contribution à l'étude de la fonction graisseuse du foie; la réaction sulfo-phospho-vanillique. *Thèse de Paris*, 1942 (*R. Foulon*, éd.).

Depuis plusieurs années de fréquentes épidémies d'ictères infectieux bénins introduisent en chirurgie des jaunisses singulières qui, après s'être greffées sur le fonds d'une cirrhose jusque-là méconnue, traînent plusieurs mois en longueur, imposant le diagnostic d'ictère par rétention. Si le cholémogramme de ces sujets évoque dans les premières semaines l'obstruction du canal cholédoque, il trouve un trait distinctif dans la teneur modérée du sang en cholestérol. Chez ces malades la rançon opératoire est l'installation rapide des œdèmes et de la dégénérescence granulo-graisseuse du foie, double menace qui compte parmi ses signes avertisseurs non seulement les perturbations du métabolisme urinaire de l'eau et des sucres, mais encore les dissociations sanguines traduisant l'effondrement des sels biliaires et des lipides.

B. — Pour remonter à *l'origine d'une crise douloureuse de l'hypocondre droit*, il n'est point de meilleur guide que la cholémie pigmentaire. Ses fluctuations, qui nous révèlent la participation des voies biliaires à un branle-bas dont l'ulcus duodénal, l'appendicite et les colopathies peuvent être éventuellement l'amorce, sont surtout précieuses pour établir *une démarcation entre les crises des bilieux cholémiques et les manifestations en étage de la maladie calculeuse*. Alors que dans l'intervalle de ses accès la lithiase vésiculaire se présente généralement avec une teneur en pigments et en acide cholalique sensiblement normale, les états cholémiques, individuels ou familiaux, ne se dépouillent jamais de leur bilirubine sanguine anormalement accrue. Inversement, les clochers intermittents sont plus francs et intéressent le sel biliaire aussi bien que la bilirubine, lorsqu'un calcul oblitère momentanément la voie du canal cholédoque.

L'étude de la cholémie pigmentaire nous invite encore à ne pas abuser du terme facile de *typhlocholécystite* devant un dyspeptique intestinal dont l'hypocondre droit est douloureux. Il n'est pas rare de la trouver normale chez des sujets qui portent depuis leur enfance un mégasigmoïde ou un dolichocôlon

C. — C'est *le pronostic des cirrhoses du foie et non leur diagnostic* que les analyses biologiques sont susceptibles d'éclairer, car pour dépister une hépatite scléreuse les épreuves de laboratoire en disent beaucoup moins au praticien que le palper d'un gros foie ou la percussion d'une ascite. Lorsque nous faisons appel à leur concours, il importe de savoir les choisir suivant la date de la maladie. Voici un cirrhotique, en apparence bien portant, dont la seule tare cliniquement décelable est un gros foie accru de consistance. Nous pouvons reconnaître à son propos que l'épreuve de Bauer et l'épreuve des concentrations ont une portée bien différente, car s'il est légitime d'envoyer ce cirrhotique à Vichy pour y traiter sa glycosurie intermittente, il est non moins indispensable que ce candidat aux œdèmes soit mis en garde par la découverte d'une opsiurie contre les imprudences des cures de boisson. Plus tard les épreuves précédentes seront bien inutiles, lorsque l'ascite se sera révélée. Pour entrevoir l'échéance des ponctions, il suffira d'observer quotidiennement le volume des urines; mais sachant que l'ictère apporte une note péjorative au pronostic de toutes les hépatites, nous ne devons pas négliger les avertissements de la bilirubinémie. L'évolution est généralement sévère lorsqu'on trouve ébauchée la dissociation au profit des pigments dont nous avons précédemment souligné l'intérêt. En l'absence de la cholémie pigmentaire, la chute de la cholestérolémie fournit la même indication : c'est un signe de très fâcheux augure, comme nous l'avons montré avec Jean Sallet, que la baisse progressive des lipides, au fur et à mesure que les ponctions se renouvellent et que l'amaigrissement s'accuse. Dans ce faisceau de signes avertisseurs, nous voudrions pouvoir compter sur l'augmentation de l'azote résiduel et sur les imperfections du métabolisme azoté. Malheureusement, les polypeptides ne rendent leur arrêt qu'à l'heure terminale où, déjà averti par la somnolence et les hémorragies, le clinicien n'a que faire des enseignements du laboratoire.

*
**

En conclusion de cette étude biologique, nous nous garderons de faire miroiter une épreuve d'élection, applicable à la généralité des affections du foie et susceptible de nous renseigner dans tous les cas sur la valeur fonctionnelle de la glande hépatique. C'est parmi de nombreux procédés de laboratoire que le médecin a la tâche délicate de faire un choix, non seulement suivant la maladie en cause mais, qui plus est, suivant la date de cette maladie. Il ne s'agit pas pour lui de marquer dans un esprit doctrinal la prépondérance de l'épreuve de l'eau sur l'épreuve du galactose, ou l'avantage des cholémies sur l'étude des concentrations fractionnées. Toutes ces épreuves, il doit les connaître, pour les utiliser à tour de rôle et à l'heure favorable.

Mais en lui conseillant cet éclectisme, nous nous permettons de faire observer qu'il a plus à gagner en interrogeant une fonction objective et étroitement spécifique du foie, comme la fonction biliaire, qu'en cherchant à pénétrer dans ses traversées multiples et complexes le métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone.

LA TUBERCULOSE TRACHÉALE ET BRONCHIQUE

PAR MM.

J. ARNAUD †, R. J. WELLHOFF et E. DELPUECH

(Passy, Haute-Savoie).

Bien qu'elle ait été décrite depuis longtemps par les anatomistes et les cliniciens (Laennec, chap. VI « Ulcères des bronches »), la tuberculose de la trachée et des grosses bronches est restée, en fait, méconnue jusqu'à ce que la bronchoscopie ait permis d'en individualiser les caractères. En France, après la description purement clinique de Dumarest et Marotte, seuls Ameuille et Lemoine ont récemment exposé leur expérience[1]. Nous apportons ici le résultat de nos observations.

*
**

Les aspects cliniques et évolutifs de la tuberculose trachéale et bronchique sont essentiellement déterminés par les caractères anatomiques de la lésion.

Celle-ci, d'après l'étude histologique des 24 cas que nous avons recueillis, paraît se constituer de la manière suivante. En un point du réseau lymphatique du chorion se forme une granulation caractéristique, avec ou sans formation gigantocellulaire. Par son accroissement ce foyer initial entraîne de l'hyper-vascularisation et de la stase lymphatique, tous deux facteurs d'œdème pré-ulcéreux. Puis l'extension se fait vers la muqueuse qui s'ulcère en surface, d'où l'action rapidement efficace des cautérisations caustiques. Les glandes ne sont habituellement intéressées que plus tardivement, le cartilage étant longtemps respecté. L'ulcération, ainsi constituée, est le plus souvent accompagnée d'œdème auquel peut s'associer une intense

1. P. Ameuille, J.-M. Lemoine et A. Diacoumopoulos : Tuberculose broncho-trachéale. *La Presse Médicale*, 11 Septembre 1943. — J.-M. Lemoine et J.-S. Bourdin : La tuberculose broncho-trachéale. *Revue de Médecine*, Janvier 1943. On trouvera une bibliographie importante de la question dans le livre de E. Rist : *Les symptômes de la tuberculose pulmonaire.*

réaction conjonctive sous-jacente. C'est cette réaction conjonctive qui sera à l'origine des sténoses secondaires.

Ainsi retrouve-t-on les trois caractères essentiels des lésions trachéo-bronchiques :

L'œdème, d'origine lymphatique et vasculaire ;

L'ulcération, qui est l'aboutissement de l'extension en surface des granulations ;

La sténose, inconstante, d'abord œdémateuse puis cicatricielle.

Macroscopiquement les lésions prennent donc tantôt le type de granulations, qu'on ne peut déceler que sur pièces fraîches, tantôt le type ulcéreux ou ulcéreux-sténosant, tantôt enfin — mais nous ne l'avons pas observé — le type de tuberculome.

Ces lésions sont uniques ou multiples, intéressant tout ou partie de l'arbre aérien, avec, sur la trachée, une prédominance très nette à la face postérieure. Mais le fait capital est que la lésion bronchique siège presque toujours du côté de la lésion pulmonaire. Souvent, lorsqu'il y avait lésion trachéale associée, nous avons constaté une très nette prédominance des lésions trachéales du côté de la bronche atteinte. Dans un cas à petites ulcérations multiples remontant presque jusqu'au larynx, l'unilatéralité était d'une rigueur absolue. Ces faits permettent de penser, si l'on admet l'infection par voie directe, que d'autres facteurs interviennent. Comme, d'autre part, l'infection par voie sanguine ne s'accorde guère avec la rareté des granulations trachéales dans les tuberculoses miliaires (selon Bucher, 6 seulement sur 27 cas), l'extension par voie lymphatique nous parait la plus vraisemblable. Nous avons eu d'ailleurs l'occasion d'observer des migrations épithélioïdes dans les lymphatiques en territoire sain. Ce sont sans doute ces mêmes facteurs, canaliculaires ou trophiques, qui interviennent dans l'homolatéralité des laryngites, mais il faut ici faire jouer aussi un rôle à l'œdème, cause de stase, lui-même facilité peut-être par les dispositions anatomiques puisque 4 de nos observations de sténose ulcéreuse siégeaient à gauche.

Quelle est la fréquence des lésions trachéales et bronchiques ? Sur 80 autopsies, nous en avons trouvé macroscopiquement 24 dont 5 avec lésions laryngées associées. Suivant les auteurs, les chiffres sont d'ailleurs très variables, de 3 pour 100 (Flance et Wheeler) à 44 pour 100 (Heaf). Sur nos 24 observations, nous relevons 1 lésion trachéale, 8 bronchiques et 15 associées.

En clinique, le chiffre est-il aussi élevé ? Après bronchoscopie systématique, Hawkins, Mc Indoe, Warren signalent 11 à 25 pour 100 de lésions. Mais il faut tenir compte de la fréquence de l'œdème dont la nature tuberculeuse n'est pas facile à affirmer et de la constance de l'ulcération de la bronche lobaire en cas de grosse cavité. Il ne nous a pas paru d'ailleurs qu'il y ait un rapport constant entre l'ancienneté des foyers pulmonaires et l'existence des lésions trachéales ou bronchiques.

*
**

La tuberculose trachéo-bronchique revêt tantôt une symptomatologie d'emprunt, tantôt au contraire une symptomatologie très particulière qui en peut permettre presque à coup sûr le diagnostic clinique. Nous allons passer en revue ces différents symptômes, suivant leur importance clinique :

1° *Le râle bronchique.* Ronchus ou sibilant, Wheezing des Américains, plus particulier aux sténoses ulcéreuses, son intensité est très remarquable, perceptible à distance par l'entourage. Il peut subir quelques éclipses mais sa persistance est caractéristique. Nous l'avons trouvé chez nos 5 malades porteurs de formes ulcéro-sténosantes et dans les formes avec volumineux œdème.

2° *Dyspnée et « poumon bloqué ».* La dyspnée, plutôt gêne à l'effort que dyspnée réelle, s'associe généralement à la sensation de « poumon bloqué ». Là encore nous avons toujours trouvé, plus ou moins net, ce symptôme dans les formes ulcéro-sténosantes, il disparaissait totalement ou partiellement avec la reperméabilisation de la bronche.

3° *Les opacités radiologiques fugaces.* Tous nos malades étaient porteurs de pneumothorax présentant d'ailleurs un collapsus partiellement opaque, mais dans l'observation VII, l'apparition d'opacités pulmonaires homolatérales fugaces fut notée à plusieurs reprises.

A côté de ces trois symptômes fondamentaux, il existe une série de symptômes mineurs dont l'interprétation est naturellement plus délicate.

4° *La persistance de bacilles.* En l'absence de lésions pulmonaires, elle doit faire penser au diagnostic (obs. I). Il est d'ailleurs remarquable que les ulcérations sont généralement richement bacillifères. Nous avons toujours trouvé des B. K. par prélèvement direct.

5° *La fièvre,* sous forme de poussées irrégulières, inexplicables par l'état pulmonaire, doit attirer l'attention (obs. II et IX).

6° *La toux,* quinteuse, rebelle aux opiacés, à la novocaïne intra-veineuse, nous a paru presque constante dans les ulcérations trachéales. C'est elle qui nous fit découvrir l'observation III.

7° *L'expectoration,* en désaccord par son abondance, avec les lésions pulmonaires et par la difficulté de son expulsion, est à retenir, mais également d'interprétation difficile.

8° *La persistance d'une expectoration sanguinolente* a été également signalée (obs. II et V), mais le fait est inconstant, bien que l'ulcération saignote très facilement au contact.

Telles sont les différentes manifestations cliniques de la tuberculose bronchique ou trachéale. Lorsque les symptômes essentiels sont associés, le diagnostic peut être fait cliniquement à coup sûr, mais ceci paraît surtout l'apanage des formes ulcéro-sténosantes qui possèdent véritablement une symptomatologie nettement individualisée et tout à fait caractéristique, avec le râle persistant et perceptible à distance, la dyspnée et sensation intermittente de « poumon bloqué ».

*
**

Nous allons maintenant envisager les aspects bronchoscopiques :

1° *L'œdème.* Constamment associé aux tubercules ou à l'ulcère, il peut exister seul en apparence. Si l'on ne peut naturellement en affirmer la nature tuberculeuse, on y doit songer dans certains cas, par exemple :

Observation I. — PNO bilatéral. Apparition de râles. B. K. + ; Br. Décembre 1942 : œdème discret de la bronche souche gauche. Amélioration. Réapparition des râles et B. K ; Br. Avril 1943 : œdème de la bronche souche gauche et des lobaires. Après la 5e Br. avec nitratation à 10 pour 100, perméabilité quasi normale. Les râles et B. K. ont disparu et le malade se sent « dégagé ».

2° *Les tubercules.* Petits points blanchâtres sous la muqueuse œdématiée, ils peuvent être seuls ou le plus souvent accompagnés de l'ulcération de la muqueuse dont ils sont l'origine.

Observation II. — PNO bilatéral en Septembre 1942. En Avril 1943, dyspnée, râles, température subfébrile, expectoration hémoptoïque. Br. Octobre 1943 : juste au-dessus de la bifurcation des bronches gauches, œdème avec 2, 3 tubercules blanchâtres, sans ulcération.

3° *L'ulcération* avec œdème associé est l'image la plus habituelle. Elle peut porter sur la trachée seule, être unique ou multiple avec de vastes intervalles de zones saines. Les bords en sont peu profonds, bien délimités. Le fond, rose vif, saignotant, est recouvert d'une sanie blanchâtre facilement enlevée au porte-coton.

Observation III. — Cavité sup. droite. Quintes de toux incessantes. Br. : à mi-hauteur sur la face antérieure de la trachée, ulcération de 4 *mm.* de diamètre. Après 3 Br. avec cautérisation au nitrate à 10 pour 100, l'ulcération a disparu, muqueuse normale, plus de quintes.

Le plus habituellement, l'ulcération part de la bronche lobaire correspondant à la lésion et déborde sur la bronche souche. S'il y a lésions trachéales associées, celles-ci sont souvent séparées par des intervalles de zones saines. Nous en avons observé plusieurs cas chez des malades avec expectoration difficile et quintes de toux rebelles En voici deux exemples :

Observation IV. — Cavité lobe sup. sous PNO droit. Pas de râles caractéristiques mais toux quinteuse et expectoration difficile. Br. : œdème de la bronche souche droite avec ulcération à l'abouchement de la lobaire supérieure. Après 4 séances de cautérisation au nitrate, l'ulcération, dans la zone accessible, a disparu, mais il persiste un léger œdème de la lobaire.

Observation V. — Caverne gauche découverte en 1940. Râles, poumon « bloqué » par intermittence depuis un an, sensation de brûlure *in situ*, crachats hémoptoïques persistants depuis trois semaines. Br. : ulcération semi-circulaire de la bronche gauche remontant sur la trachée.

Dans tous ces cas, qui sont le plus fréquemment rencontrés, l'œdème est toujours assez important, mais cède très bien à l'adrénaline. Il peut oblitérer partiellement la bronche souche et presque complètement la lobaire intéressée. L'ulcération s'enfonce dans ce museau de tanche et on ne peut donc en traiter que la partie proximale. Après adrénaline et nitratage, l'expectoration est plus aisée et les quintes moins violentes, mais la guérison définitive de tels cas paraît problématique étant donné la contiguïté du foyer ulcéreux.

4° *La sténose ulcéreuse.* Quoique plus rare (3 sur 24 autopsies), cette forme est cependant la plus curieuse par la netteté de sa symptomatologie comme on peut s'en rendre compte par les observations suivantes :

Observation VI. — « Bronchite » en Janvier 1939 avec B. K. +. Râles et B. K. persistants. En Septembre 1939, PNO pour opacités de la base. Collapsus rapidement total et dense. Persistance des râles et B. K. En 1941, lipiodol qui confirme la sténose. Br. Mars 1942 : la sténose ulcéreuse est tellement serrée que l'entrée de la bronche souche gauche passe presque inaperçue. Après 6 nitratages l'ulcération est fermée et la bronche perméable sur 4 *mm.* et 2 *cm.* Sensation de « poumon débloqué ». Six mois plus tard les lésions se sont reconstituées. Même résultat immédiat obtenu par nouvelles Br. Persistance d'une sténose cicatricielle très serrée (4 *mm.*). Mort par évolution opposée. A noter qu'il existait presque certainement une dilatation des bronches sous-jacentes et que la sténose était visible sur tomographie dès 1939.

Observation VII. — « Bronchites » de 1936 à 1939 avec lésions bi-apicales discrètes. Cav. moyenne droite en Février 1939. Râles importants. PNO droit en Mars 1939. Persistance de râles. Dyspnée. Collapsus dense. Br. en Décembre 1942 : œdème réduisant des 2/3 l'orifice de la bronche souche droite avec ulcération. Après 5 séances l'ulcération a presque disparu ainsi que l'œdème. Après 9 séances, il reste une sténose cicatricielle diminuant de moitié le calibre bronchique sous la bronche supérieure.

Observation VIII. — « Bronchites » répétées depuis 1931. Râles importants. B. K. + en Juillet 1936, persistants malgré l'absence de lésions radiologiques. Opacités fugaces en Février 1940. PNO gauche en Mars 1940 avec collapsus secondairement total. Persistance de B. K., râles et sensation de « poumon bloqué ». Br. le 19 Décembre : œdème réduisant des 2/3 le calibre de la bronche souche gauche avec ulcération. Après 7 séances, disparition de l'œdème et de l'ulcération. Persistance de sténose cicatricielle diminuant de moitié le calibre de la bronche souche.

Observation IX. — « Bronchites » en 1941 ; B. K. + en Janvier 1942 ; PNO gauche en Février 1942. Persistance de B. K., râles, dyspnée et « poumon bloqué ». Température subfébrile par intermittence. Br. en Novembre 1943 : volumineux œdème de la bronche souche gauche avec ulcération et quelques granulations. Dès la 5e ou 6e séance l'ulcération a disparu. Persistance d'un léger œdème avec sténose de 4 *mm.* à la bifurcation de la bronche souche. Lipiodol normal.

Observation X. — « Bronchites » depuis cinq ans. Dyspnée subite en Juillet 1943. Découverte d'une opacité dense de l'hémithorax gauche en 1943 avec B. K. +. Atélectasie massive probable. Râles persistants. Le lipiodol révèle la sténose. Br. : sténose de la bronche souche gauche juste au-dessus de la bifurcation des lobaires, calibre diminué de moitié. Ulcération sur le cadran interne. Lipiodol sous la sténose : dilatations bronchiques. Après un seul badigeonnage au nitrate à 25 pour 100, l'œdème et l'ulcération ont disparu, mais la sténose d'aspect cicatriciel persiste. Diathermo-coagulation en cours.

Tels sont les aspects cliniques et bronchoscopiques (à l'exclusion du tuberculome que nous n'avons pas observé) de la tuberculose trachéo-bronchique.

Ces observations montrent que le diagnostic en peut être pressenti cliniquement, surtout dans les formes ulcéro-sténosantes, mais seule la bronchoscopie peut l'établir avec certitude. On y ajoutera en outre 4 éléments d'information :

La tomographie qui peut, sur une coupe heureuse, montrer sans préparation le défilé (obs. VI).

Le lipiodol, moins pour établir le diagnostic de sténose (obs. VI, IX et XI) que pour vérifier l'état des bronches sous-jacentes. En cas de défilé particulièrement étroit, une substance opaque moins visqueuse devra d'ailleurs être utilisée.

La biopsie ne sera pratiquée qu'à titre exceptionnel, car elle peut être dangereuse et reste souvent d'interprétation discutable (obs. XI).

Le prélèvement des sécrétions sur l'ulcération, dans les cas douteux, peut aider à établir le diagnostic :

Observation XI. — Cavité lobaire droite avec expectoration très abondante. Diagnostic hésitant entre néo, abcès ou caverne tuberculeuse. Br. : ulcération de la lobaire supérieure. Au prélèvement nombreux bacilles. On constate en outre une sténose d'aspect cicatriciel de la bronche souche au-dessous de la lobaire supérieure. Lipiodol : dilatations bronchiques sous-jacentes. Biopsie : pas de lésions caractéristiques.

*
**

Quelle est l'évolution de ces lésions trachéales et bronchiques ? La guérison spontanée paraît possible, du moins lorsque les lésions sont discrètes. D'ailleurs, lorsque l'ulcération s'étend, c'est toujours en superficie et très peu en profondeur. La perforation de la bronche ne semble pas avoir été observée, alors qu'elle n'est pas rare dans l'évolution d'adénopathies caséeuses de l'enfant.

En fait, le gros danger, indépendamment de l'incidence sur les lésions pulmonaires, réside dans la constitution d'une sténose. Celle-ci, en effet, lorsqu'elle est ancienne, devient définitivement incurable et est vraisemblablement la cause des ectasies bronchiques sous-jacentes qui ont été signalées et dont nous rapportons 3 observations (VI, IX, XI). Certes, il n'est pas actuellement possible de fixer l'avenir des malades porteurs de sténoses, mais il doit être probablement assez réservé, surtout s'il y a suppuration. L'observation suivante montre cependant qu'une sténose cicatricielle n'entraîne pas nécessairement de lésions bronchiques sous-jacentes.

Observation XII. — Cavité supérieure droite. Aucun symptôme de sténose bronchique. Autopsie : à gauche, plèvre libre, sténose diminuant de 1/3 le calibre de la bronche souche sur 1/2 *cm.* de longueur, juste au-dessus de la bifurcation et due à une adénopathie datant probablement de l'enfance. A droite, la lobaire est réduite à un fil de 1 *mm.* qui conduit à la cavité. Juste au-dessous, sténose cicatricielle diminuant du 1/3 le calibre de la bronche souche. Aucune lésion des bronches sous-jacentes.

Il n'en reste pas moins que de telles sténoses entraînent un grave trouble fonctionnel. Dans l'observation ci-dessus, l'exploration fonctionnelle des poumons séparés avait montré l'absence de ventilation du poumon gauche.

***

En dehors du morcellement à la pièce des bourgeons en cas de tuberculome le traitement des tuberculoses trachéales et bronchiques utilisera :

1° Le badigeonnage à l'adrénaline qui fait diminuer instantanément l'œdème.

2° Les badigeonnages de la muqueuse enflammée ou de l'ulcération avec des caustiques. Parmi ceux-ci le nitrate nous a paru le plus efficient. S'il y a ulcération, il faut utiliser d'emblée le nitrate fort, 20 à 25 pour 100, les taux plus faibles étant moins efficaces. Si la muqueuse n'est pas ulcérée, pour éviter la production d'un tissu cicatriciel, il faut se limiter au taux de 10 pour 100. Les ulcérations cèdent en général remarquablement et le résultat le plus souvent obtenu en 3 à 5 séances. Bien entendu, si la cause infectante subsiste, la guérison peut n'être que transitoire.

3° La diathermo-coagulation, dont nous n'avons pas la pratique, nous paraît devoir être réservée uniquement aux formes ulcéro-sténosantes, aux parois épaissies dans lesquelles il importe de détruire une partie du tissu de sténose. Dans les formes ulcéreuses simples, la diathermo-coagulation, du fait de la minceur de la paroi, nous paraît au contraire dangereuse.

Les dilatations simples, en cas de sténose, nous paraissent d'un bien mince secours, dans l'impossibilité matérielle de les pratiquer fréquemment.

Conclusions. — La tuberculose trachéale et bronchique doit être diagnostiquée précocement et traitée à un double titre, d'une part parce qu'elle provoque des quintes de toux rebelles à toute thérapeutique, d'autre part et surtout parce qu'elle est génératrice des sténoses définitives. Traitée précocement, l'ulcération guérit sans sténose; plus tard, devant la sténose organisée, on restera impuissant, laissant ainsi le malade menacé de graves troubles fonctionnels et exposé aux risques redoutables de suppurations dans des ectasies bronchiques sous-jacentes.

LES FORMES ABORTIVES ET LES FORMES DE GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE PLEURO-PULMONAIRE

EN REGARD DES EXAMENS SYSTÉMATIQUES DES COLLECTIVITÉS

Par **M. SIFFLET**

(Auxerre)

L'examen radiologique systématique des collectivités tend à se généraliser. A côté des cas pathologiques qu'il permet de déceler il révèle un certain nombre d'images anormales qui sont indiscutablement liées à une atteinte tuberculeuse, mais qui présentent tous les caractères d'une tuberculose inactive.

Convient-il d'éliminer systématiquement en tant que tuberculeux tous les sujets qui présentent de telles images ou doit-on, au contraire, admettre que certains d'entre eux peuvent bénéficier des mêmes droits que des sujets sains ?

La plupart des administrations ou des sociétés, suivant en cela l'exemple de l'armée, ont pris le parti d'exclure tous les suspects. Cette attitude simpliste répond au désir de sauvegarder à coup sûr les intérêts de la collectivité, soucieuse de ne pas prendre en charge des malades insuffisamment consolidés. Ce point de vue est légitime. Pourtant, cette mesure trop systématique et trop radicale cause un grave préjudice matériel et moral à tous ceux qui ne sont pas réellement menacés par la maladie. En poussant les choses à l'extrême on arriverait à éliminer tous les sujets dont les réactions tuberculiniques sont positives, ce qui aboutirait au résultat absurde de ne garder que les individus les plus vulnérables.

Or, par suite des perfectionnements de la technique radiologique et d'une détection sans cesse plus poussée, les cas de tuberculose latente inactive sont découverts avec une fréquence de plus en plus grande. Aux tuberculoses ignorées viennent s'ajouter, de plus en plus nombreuses, les tuberculoses guéries. Faut-il donc admettre que les tuberculeux soignés et apparemment guéris ne seront jamais récupérables, que leur guérison reste précaire et leur avenir irrémédiablement compromis ? Il semble que cette interprétation soit en désaccord avec les conclusions d'une expérience clinique déjà longue.

Certes, il est parfois difficile d'affirmer une guérison clinique définitive et de prétendre qu'un ancien tuberculeux est pour toujours à l'abri des retours offensifs de sa maladie. Ce n'est pas une raison pour éluder le problème. Le but de ce travail est précisément de rechercher les signes précis, de définir les images caractéristiques qui permettront d'affirmer qu'une lésion tuberculeuse est définitivement éteinte, qu'un sujet tuberculisé est apte à fournir une carrière en tout point comparable à celle d'un sujet indemne de tuberculose. Sans doute bien des cas resteront-ils douteux — nous n'avons pas la prétention de démarquer d'une façon strictement rigoureuse les tuberculoses curables et les incurables — ce que nous voulons c'est mettre fin à cette règle aveugle qui veut que tout diagnostic de tuberculose implique la condamnation de celui qui en fait l'objet.

La discrimination ne saurait se faire à la légère. Elle demande l'intervention d'un spécialiste dûment qualifié. Tous les sujets dépistés dont l'image pulmonaire anormale ne semblera pourtant pas répondre à une lésion active feront donc l'objet d'un nouvel examen. Cet examen comportera naturellement non plus une simple radioscopie ou une radiophotographie mais une radiographie complétée par un examen clinique et des examens de laboratoire.

L'interrogatoire permettra tout d'abord de situer le problème dans son cadre. Il s'agit en effet :

— ou de tuberculose pulmonaire guérie ;

— ou de tuberculose pulmonaire abortive ;

— ou de pleurésie guérie et ancienne.

Le premier cas évoque un passé pathologique. L'affection tuberculeuse a été reconnue et traitée tantôt par simple cure sanatoriale, tantôt par pneumothorax ou par tout autre traitement.

Différents points sont à préciser avec soin : quelle est la date du début de la maladie ; quelle était l'étendue des lésions; quelle a été la date du traitement par rapport au début clinique ; y a-t-il eu des rechutes, des localisations secondaires, et à quelle date sont-elles apparues ; quelle est l'ancienneté de la guérison clinique ?

L'examen des anciennes radiographies, des courbes de température et de tous les documents que pourra produire l'ancien malade sera fort utile pour l'appréciation de la gravité de son atteinte. Plus le traitement aura été précoce, plus la lésion aura été localisée et plus la guérison aura de chance d'être complète et stable. L'existence de localisations secondaires tardives survenues plus d'un an après la stabilisation apparente de la première poussée sera, par contre, tenue pour un élément plus défavorable.

Dans tous les cas la guérison devra s'être maintenue sans incident quatre ans après l'abandon de tout traitement et la reprise d'une activité normale.

Dans la deuxième hypothèse, il n'existe pas de passé pathologique et rien ne permet de rattacher la lésion radiologique inactive à une poussée ancienne. Bien souvent, en effet, l'interrogatoire le plus minutieux ne permet d'évoquer ni un épisode fébrile ancien et prolongé, ni une affection pulmonaire de quelque durée, ni une atteinte de l'état général qui puissent répondre à une poussée de tuberculose. Pourtant, certains sujets n'ont pas cette absence totale d'antécédents. Au contraire, ils ont présenté, et parfois à plusieurs reprises, des hémoptysies qui les ont alarmés et qui ont évoqué de façon précise l'idée de tuberculose. Mais aucun phénomène évolutif n'a jamais accompagné ces incidents isolés et les nombreux examens qui ont été pratiqués et répétés (radiographies, analyses de crachats) n'ont jamais mis en évidence de lésions actives et ont fait porter le diagnostic de tuberculoses abortives.

Dans le troisième cas, l'intensité de l'épisode pleural doit être évoquée : la durée de la température, la nécessité de ponctions évacuatrices. Pourtant, c'est avant tout l'âge du sujet au moment de sa pleurésie qui retiendra l'attention. La pleurésie des jeunes sujets est habituellement autonome et de pronostic bénin. Mais la menace d'une atteinte pulmonaire secondaire s'aggrave avec l'âge du pleurétique. Passé 40 ans elle doit donner lieu aux plus expresses réserves.

En tout état de cause un délai de quatre années depuis la disparition de l'épanchement doit être exigé pour affirmer la solidité de la guérison.

L'interrogatoire fera encore préciser la nature de la profession du sujet, son genre de vie et fournira ainsi des indications sur sa robustesse et sa résistance.

L'examen clinique précisera son état actuel : son état général doit être satisfaisant, son poids doit être stable. Naturellement, il ne doit pas faire de fièvre ni même présenter d'instabilité thermique. Il ne doit ni tousser, ni cracher, ni présenter de la dyspnée.

L'examen physique ne doit pas montrer d'anomalie importante. La percussion du thorax est normale. L'auscultation est souvent normale. Cependant on peut quelquefois percevoir des râles, mais ils doivent conserver un timbre sec qui traduit leur origine cicatricielle. On terminera cet examen par la mesure de la capacité vitale au spiromètre. Cette capacité doit être voisine de la normale et atteindre pour un adulte 3 litres 500.

L'examen radiologique a une importance primordiale : non seulement il doit affirmer l'absence radiologique de toute lésion pulmonaire évolutive, mais il doit apporter la preuve d'une *restitutio ad integrum* presque complète en cas d'atteinte antérieure : toute guérison obtenue aux dépens d'une mutilation importante, toute diminution notable de la valeur fonctionnelle du poumon étant inacceptables.

Seront considérés comme compatibles avec une santé normale et avec une capacité fonctionnelle suffisante :

— les cicatrices linéaires, rectilignes ou curvilignes, généralement orientées selon un rayon concentrique vers le hile, ou les cicatrices en V ou en Λ ou étoilées, dont les branches linéaires se détachent nettement sur le fond du parenchyme sain, soit qu'elles apparaissent isolées, soit qu'elles coexistent avec de petits nodules calcifiés souvent groupés dans leur voisinage. On les rencontre habituellement autour des scissures ou dans la région inter-cleido-hilaire ;

— les nodules calcifiés, quel que soit leur dimension, du grain de plomb à la noisette, quel que soit leur siège : apical ou sous-apical, sous-claviculaire, hilaire ou basal, quel que soit leur nombre ou leur groupement, depuis l'élément isolé généralement assez volumineux jusqu'aux fins semis calcifiés qui criblent parfois l'apex.

Qu'il s'agisse d'état séquelle, d'épaississement scissural, de cicatrice de chancre d'inoculation, de reliquat de caverne ancienne, ces images traduisent un état cicatriciel immuable, équivalent à une guérison durable et ne prêtent à aucune équivoque.

Elles entraînent généralement un certain degré de rétraction thoracique, un léger comblement du cul-de-sac pleural, une certaine attraction de la trachée. Mais ces déformations demeurent modérées et l'ensemble du champ pulmonaire garde un aspect et une transparence normaux ou sub-normaux.

Nous considérons que les plages d'opacité sont loin d'offrir la même garantie que les cicatrices linéaires ou nodulaires, et *a fortiori* les ombres denses de quelque volume, hémi-lobaires ou lobaires et les fibro-thorax. Sans doute de telles images peuvent-elles répondre à des lésions parfaitement éteintes. Il n'en est pas moins vrai qu'elles comportent dans leur pronostic une part d'incertitude qui oblige à rejeter les sujets qui en sont porteurs. D'ailleurs, elles s'accompagnent le plus souvent d'une diminution appréciable de la valeur fonctionnelle du poumon.

Cette diminution de la surface respiratoire doit être évaluée dans l'appréciation des séquelles de pleurésie. On peut accepter une diminution ou une abolition du jeu de l'hémi-diaphragme, un comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique, un certain degré de rétraction thoracique ou médiastinale. Mais toute rétraction exagérée, toute persistance de

plage étendue d'opacité doivent être rejetées comme incompatibles avec une activité normale.

Les mêmes considérations s'appliquent aux phrénicectomisés.

Reste l'examen des crachats. Il va sans dire qu'il ne doit pas montrer la présence de bacilles. Pourtant, venant à la suite de l'examen clinique et radiologique et pour peu que le sujet ait pleinement répondu aux conditions exigées, il semble superflu de recourir à l'inoculation au cobaye, dont la réponse est trop tardive. Trois examens de crachats effectués dans la semaine et comportant des homogénéisations nous paraissent suffire.

En conclusion, il existe des images radiologiques élémentaires que nous considérons comme suffisamment caractéristiques pour porter le diagnostic de tuberculose abortive ou de tuberculose guérie.

Les sujets qui en sont porteurs devraient être considérés comme des sujets pratiquement sains.

Si l'on veut s'entourer de garanties supplémentaires, on soumettra les sujets à des examens minutieux complémentaires cliniques et bactériologiques qui permettront de confirmer le caractère inactif de leur tuberculose.

Mais on ne rejettera plus ces sujets dans la foule anonyme des tuberculeux suspects.

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

21 Novembre 1944.

Tuberculose miliaire aiguë latente d'accompagnement. — MM. N. Fiessinger et R. Leroux signalent qu'au cours de lésions diverses (cancers, angiocholites, endocardites, néphrites chroniques, tabes), ils ont découvert à l'autopsie des lésions pluriviscérales de tuberculose miliaire aiguë diffuse que rien ne signalait cliniquement qu'un état fébrile durable. De l'existence de ces lésions qu'on n'observait pas autrefois, on peut conclure qu'il se produit actuellement une virulence anormale de l'infection tuberculeuse sous l'effet de la misère de la collectivité et que l'on doit prendre dans la prophylaxie tuberculeuse des mesures de précaution encore plus grandes qu'avant.

Valeur nutritive de 3 types de pain. Étude expérimentale poursuivie sur l'homme. — MM. Jacquot, J. Trémolières, Guillemet et Erfman rappellent que le pain blanc ou d'amidon était déjà discuté avant la guerre, et à juste titre, car il est à peu près dépourvu des riches éléments de la périphérie du grain. Le pain de mouture intégrale subi pendant l'occupation est encore plus criticable ; les expériences sur l'homme confirment les résultats acquis sur les animaux; les avantages théoriques du pain complet (supériorité qualitative et quantitative en azote, phosphore, calcium) sont neutralisés *in vivo* par l'accroissement considérable de la perte fécale qui résulte de la mauvaise digestibilité. Le meilleur parti du grain de blé est tiré dans le pain de farine extraite rationnellement à 86 pour 100 qui associe la bonne digestibilité à la richesse en éléments indispensables; sans compter le bénéfice azoté certain, son usage pallierait à la menace des carences en calcium et en aneurine. La technique de « récurage » du son est possible à réaliser et ne saurait gêner les habitudes de la grande meunerie ; la farine ainsi obtenue a une valeur boulangère très satisfaisante et ce pain est plus sapide que le pain blanc.

Premiers essais d'utilisation des œufs de vers à soie en radiobiologie. — M. Roussy présente une note de MM. Lamarque et Gros qui, ayant dû abandonner leur élevage de drosophiles, ont eu recours aux œufs de *Bombyx mori* ; par leur petite taille, leur robustesse, leur homogénéité, ceux-ci constituent un matériel de premier ordre pour étudier l'action des rayons X et se prêtent parfaitement à des expériences sur la restauration et par suite à l'étude du facteur temps; leur seul inconvénient est de ne pouvoir être utilisés qu'à des périodes restreintes de l'année.

Action du froid sur la restauration des œufs de vers à soie irradiés par les rayons X. — M. Roussy présente une note de MM. Lamarque et Gros qui rappellent que l'action du froid sur la restauration d'un matériel biologique primitivement irradié a été diversement appréciée; le froid arrête toute restauration des œufs de *Bombyx mori* et 5 mois après le repos en chambre froide ils sont exactement dans le même état biologique que celui où ils se trouvaient aussitôt après l'irradiation.

Contribution à l'étude de l'action nerveuse centrale de la dyphénylhydantoïne. — MM. Ivan Bertrand, B. et P. Chauchard montrent que la diphénylhydantoïne a des propriétés différentes du gardénal sur les centres inférieurs qu'elle excite, ce que le gardénal ne produit jamais; sur l'écorce, son pouvoir anticonvulsivant va de pair avec une action dépressive de l'excitabilité analogue à celle du gardénal; mais le pouvoir anticonvulsivant et l'action dépressive de l'excitabilité ne sont pas rigoureusement liés et des corps voisins de la diphénylhydantoïne totalement dépourvus d'action anticonvulsivante ont le même effet d'allongement sur les chronaxies corticales; il est donc impossible de tester chronaxiquement l'action anticonvulsivante elle-même.

LUCIEN ROUQUÈS.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

22 Novembre 1944.

Le rétablissement de la cantinuité du tube digestif dans les œsophagectomies pour cancer. Œsophagoplastie abdomino-médiastina-cervicale par tube gastrique. — M. Orsoni fait aux dépens de la grande courbure de l'estomac un tube gastrique assez long qui, après ablation de la tumeur œsophagienne, remplacerait le conduit en permettant une anastomose avec l'œsophage cervical.

— M. Toupet discute les indications de cette intervention dans le cancer. Mais le procédé demeure applicable aux rétrécissements.

— M. Bazy rappelle que l'utilisation d'un tube gastrique pour refaire un œsophage préthoracique a déjà eu pas mal d'insuccès. Il insiste surtout sur les inconvénients des opérations en plusieurs temps.

Un procédé d'infiltratian du ganglion hypogastrique chez l'homme. Ses applications pratiques. — MM. Patoir et Vatel (Lille). M. Sicard, rapporteur. Les auteurs ont traité 7 malades: 2 impuissants, 2 cystites rebelles tuberculeuses, 2 prostatites blennorragiques, 1 algique pelvien par cancer vésical. Dans tous ces cas les résultats sont intéressants. L'infiltration se fait au-dessus du plancher pelvien par voie périnéale.

— M. Couvelaire a essayé ce procédé trois ou quatre fois. L'accès le plus aisé lui paraît la voie parasacrée. Les résultats lui paraissent tout à fait inconstants.

Embolie sarcamateuse de la bifurcatian aortique. Embolectomie. Mort (1er cas français). — MM. Funck-Brentano, Fréret, Desmonts, Gorin, Orfali et Berthon. Une vieille femme traitée par radiothérapie pour séquelles d'une tumeur du sein présente le tableau d'une embolie de la bifurcation aortique. 14 heures après, embolectomie par aspiration ; suture. Mort 7 heures après. L'examen du caillot montre qu'il s'agit d'un tissu néoplasique avec cellules fusiformes.

L'embolie artérielle à l'aorte est très rare. L'embolie néoplasique est plus qu'exceptionnelle. Quelle est l'origine de cet embolus néoplasique ? Rien dans l'observation ne permet de le soupçonner, peut-être les veines intrahilaires du poumon.

— M. Leriche estime préférable de passer par la voie sous-péritonéale dans les cas d'embolies du carrefour aortique dont il rapporte des exemples.

Une observation d'ostéome paranéphrétique. — MM. Ducuing et Grimaud ont décelé chez un malade une grosse masse paranéphrétique nettement calcifiée. L'intervention affirma qu'il s'agissait bien d'un ostéome.

Deux cas de valvulus gastrique past-apératoire. — MM. Henri Redon et Denoix. Le premier malade traité pour un ostéosarcome (par résection et greffe) fait une complication marquée par une grosse déshydratation. L'examen baryté révèle le volvulus de l'estomac qui cède d'ailleurs sous l'écran. Un deuxième malade fait un volvulus persistant qui nécessite une fixation de la grande courbure. Ces deux cas rentrent dans le cadre des volvulus chroniques. Leur mécanisme relève sans doute d'un trouble neuromusculaire de l'estomac.

Résultats éloignés des greffes nerveuses. — MM. Petit-Dutaillis et Guérin. Tous les auteurs sont d'accord pour enlever les névromes cicatriciels ; mais ensuite faut-il faire la suture à tout prix ou employer la greffe ? Les auteurs ont fait l'inventaire des malades opérés de 1930 à 1942 par Gosset et ses collaborateurs. 46 cas retrouvés ont été opérés selon la technique de Gosset. Dans l'appréciation des résultats, les auteurs opposent la récupération intégrale, la récupération suffisante qui rend le membre utilisable, enfin la récupération seulement sensitive.

Les sutures ont donné 4 résultats fonctionnellement utiles sur 7. Les greffes, 49 pour 100 de mêmes résultats. L'influence de l'âge sur les résultats n'est pas nette avant 40 ans. L'essentiel est d'opérer tôt après la blessure. Au membre supérieur, contrairement aux données classiques, c'est le médian puis le cubital et enfin seulement après le radial qui ont donné des succès. Ceci s'explique sans doute par l'influence des lésions associées. La durée que met à se faire la récupération est très variable. Il semble qu'une fois acquis un démarrage, le résultat s'acquiert rapidement.

Faut-il faire des sutures bout à bout ou généraliser l'emploi de la greffe ? Les auteurs sont d'avis que la suture directe est préférable chaque fois qu'elle est possible.

— M. Leriche pense que la meilleure greffe est la greffe prélevée chez le chien, 15 jours après section. Les résultats expérimentaux sont meilleurs que ceux que l'on obtient chez l'homme.

Les essais d'hétérogreffe du sympathique n'ont rien donné en clinique humaine, malgré les succès expérimentaux.

JEAN CALVET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Novembre 1944.

Traitement de la syphilis par les arsénones. — M. P. Durel. Les arsénones ou arsénoxydes connues de longue date ont été utilisées d'abord à doses dix fois moindres que le novarsénobenzol. En fait, ces produits s'éliminent bien plus vite que le 914, si bien qu'on peut faire une injection par jour, et ceci donne à ces corps une physionomie propre. La posologie en hydroxy-amino-phényl-dichlorarsine est de 0 *g.* 12 par jour, 15 jours durant ; les injections doivent être poussées rapidement.

Les incidents sont un peu différents de ceux du 914; pas de crises nitritoïdes, parfois troubles digestifs et douleur veineuse, avec ou sans choc dentaire ; l'apoplexie séreuse peut se rencontrer.

Les résultats sont au moins égaux à ceux du 914. L'intérêt de cette dichlorarsine est de réduire de plus de moitié l'hospitalisation des syphilis récentes.

— M. Degos expose les essais successifs qu'il a faits avec les arsénones dans la syphilis récente. Avec le fontarsan, la posologie qu'il a adoptée est la suivante: 0 *g.* 10 tous les jours pendant 15 jours. Les tréponèmes disparaissent plus vite des lésions qu'avec les arsénobenzols, mais les lésions ne disparaissent pas plus rapidement. L'activité des deux médications est comparable, mais les petits incidents sont plus nombreux avec les arsénones : nausées, douleur veineuse, choc maxillaire, sclérose veineuse. Chose curieuse, l'injection rapide permet de les éviter. Les arsénones ne réduisent pas la durée du traitement de la syphilis, mais la durée des cures peut être abaissée à 15 jours ; il est vrai, en revanche, qu'elles exigent l'hospitalisation des malades. Aussi ce traitement ne convient qu'à certaines catégories de patients : prostituées, militaires en temps de guerre, par exemple.

— M. Flandin estime que notre expérience des arsénones est encore trop récente pour émettre des conclusions définitives sur leur valeur. Leur avantage est de raccourcir la durée des cures, qui, de 7 semaines avec l'arsénobenzol, est réduite à 15 jours, mais le traitement exige l'hospitalisation et un personnel spécialisé. La cure de Politzer (3 injections de 0 *g.* 90 de novarsénobenzol par jour 3 jours de suite après injection préalable de 0 *g.* 15) permettrait d'arriver au même résultat plus simplement : Le tréponème disparaît ainsi très vite et la cicatrisation est très rapide. Pour sa part, il reste fidèle à l'arsénobenzol. En tout cas une expérimentation minutieuse et prolongée est nécessaire avant de se prononcer.

Pneumectamie totale. — MM. J. Mathey, H. Milhiet et J.-M. Lemoine présentent un malade opéré de pneumectomie droite totale pour cancer excavé du lobe inférieur du poumon droit. Ils insistent sur la gravité particulière de ce cancer : cancer juxta-hilaire diagnostiqué par l'examen bronchoscopique complété par une biopsie, épithélioma malpighien sur les coupes de la biopsie et des fragments de la pièce opératoire, et surtout cancer excavé et fébrile, ce qui est généralement considéré comme une contre-indication à l'intervention chirurgicale. Malgré les difficultés techniques de l'exérèse, les suites ont été très simples et 2 mois après l'intervention le malade est en bon état de santé apparente.

— M. Nicaud a fait pratiquer une pneumectomie pour un cancer malpighien trouvé au cours d'un examen radioscopique de dépistage. Malheureusement le malade succomba 3 semaines après à la suite d'une hémorragie secondaire.

— M. Étienne Bernard estime que la gravité de la thoracotomie exploratrice n'est pas trop grande.

— M. Jacob a découvert, au cours d'examens radioscopiques systématiques, un cancer du lobe inférieur du poumon. La pneumectomie fut exécutée dans de très bonnes conditions; malheureusement le malade mourut subitement 6 semaines après.

— M. Rist fait remarquer que la thoracotomie exploratrice peut rendre service, même si la tumeur est inopérable. Dans un cas qu'il a observé, elle a fait disparaître une toux incessante, ayant résisté à toute thérapeutique.

Addendum à la séance du 15 Septembre 1944.

Paludisme chronique compliqué d'addisanisme, d'atrophie papillaire, unilatérale, et de polynévrite périphérique. Épilogue. — M. Robert Clément a revu 15 ans plus tard le paludéen chronique présenté à la Société le 20 Janvier 1922 avec A. Chauffard et J. Huber. Le syndrome addisonien alors complet avait disparu ; seules persistaient une légère pigmentation cutanée et les taches noirâtres de la bouche. L'hypertension a fait place à l'hypotension et les accidents nerveux ont pris un aspect hémiplégique. L'addisonisme paludéen a permis une survie de 20 ans ; il n'a pas le même pronostic que la maladie d'Addison.

Images de géodes métaphysaires curables au cours de rachitismes sévères palycarencés. — MM. Robert Clément, A. Combes-Hamelle, R. Bourdon et S. Godlewski. Chez deux enfants de 3 et 5 ans 1/2 polycarencés, le plus âgé sous-alimenté, cachectique et infecté, ayant les stigmates cliniques et radiologiques d'un rachitisme évolutif grave, existaient au niveau de toutes les métaphyses des os longs des zones claires à aspect de géodes. Avec la récalcification du squelette sous l'influence de la vitamine D, les images sont devenues encore plus nettes, comme cerclées d'un coup de crayon, comme si une forte précipitation de sels de chaux s'opérait à la limite d'une zone osseuse momentanément inapte à fixer le calcium. Puis leurs dimensions sont allées en se réduisant progressivement, pour disparaître complètement en quelques mois, en même temps qu'un véritable remodelage ramenait les extrémités à une morphologie normale.

Ces aspects n'appartiennent pas à la radiologie du rachitisme ou du scorbut. On peut se demander s'ils sont le fait de l'association au rachitisme d'une décalcification particulièrement intense ou de lésions de carence complexe, ou s'il s'agit de cas intermédiaires entre le rachitisme grave et les ostéopathies de famine ou de carence décrites par les auteurs autrichiens et allemands en 1919 et qui semblent devenir fréquentes en France pour les mêmes raisons.

P.-L. MARIE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

25 Novembre 1944.

L'huile de germe de blé peut-elle provoquer des déséquilibres alimentaires ? — M. R. Lecoq montre sur le pigeon que l'huile de germe de blé est dépourvue de toute action de déséquilibre, en dépit de la rapidité d'acidification dont elle jouit. Les régimes sans glucides n'empêchent pas l'apparition des crises polynévritiques de l'avitaminose B.

Les modificatians cytologiques du pancréas insulaire au cours de la thyroxinisation. — MM. M. Sendrail, A. Bazex et C. Bimes, sur des cobayes soumis à des injections de thyroxine, ont constaté que l'hypergenèse des îlots se produit en pareil cas exclusivement au bénéfice des cellules β, c'est-à-dire des éléments insulinogènes, la méthode de l'anastomose pancréatico-jugulaire permettant de vérifier que la thyroxinisation provoque une incitation insulino-sécrétoire. Cependant, le jeûne provoque une hyperplasie du type α, la gestation une hyperplasie de type mixte α et β.

Action de l'extrait post-hypophysaire sur la glycémie du rat normal, surrénalectomisé et à sympathique inhibé. — M. A. Soulairac montre la constance de l'hyperglycémie provoquée par l'extrait post-hypophysaire total.

A. ESCALIER.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

20 Mars 1944.

Le système branchique principal. Rôle du pneumothorax artificiel. — M. A. Soulas. Ce système bronchique ne comprend que les deux bronches souches et les orifices des bronches lobaires avec un très court trajet de celles-ci : c'est là le seul secteur où manœuvre le bronchoscope sous vision

directe. Les autres manœuvres à distance se font « à l'aveugle » ou « sous-radioscopie ». Le pneumothorax modifie souvent ce système bronchique. Il crée des compressions et des obstructions orificielles, surtout pour les bronches inférieures. Toutefois en provoquant la chute du lobe supérieur il transforme la topographie du tronc bronchique ; celui-ci, de latéral ascendant, devient obliquement descendant, ce qui facilite grandement l'examen et les manœuvres directes. Ces constatations sont très intéressantes pour la biopsie précoce du cancer du lobe supérieur et aussi pour l'étude si discutable de l'affaissement par broncho-aspiration ou cathétérisme des cavernes tuberculeuses ballonnisées.

Sinusite maxillaire tuberculeuse et tuberculose du maxillaire supérieur. — MM J.-A. Ramadier et Massonet. La sinusite maxillaire atteint exclusivement la muqueuse ; elle a un pronostic favorable. Elle n'apparaît généralement pas chez un tuberculeux pulmonaire, elle ne s'accompagne pas de ganglions. Au contraire la tuberculose du maxillaire supérieur est une ostéite, à marche extensive, accompagnée d'adénopathie survenant chez un tuberculeux pulmonaire avancé. Les auteurs présentent 2 malades correspondant à ces deux formes anatomique et clinique.

Deux cas d'ethmoïdite aiguë du nourrisson. — M. Van Nieuwenhuyse (de Roubaix). L'évolution de cette affection donne une symptomatologie différente de celle qui se produit chez l'enfant plus âgé. Au cours d'un coryza, un gonflement se manifeste dans l'angle interne de l'œil, en même temps que la température s'élève à 39° et 40°. La tuméfaction ne se développe pas seulement sur place comme chez l'enfant plus âgé, mais s'étend vers la joue et la narine.
Dans le 1er cas, la collection est venue pointer dans la narine et une incision à l'intérieur de la fosse nasale a pu suffire au drainage, évitant toute cicatrice extérieure. Dans le second cas, des injections de sulfamide à haute dose ont provoqué la résolution rapidement. Cette évolution de l'ethmoïdite chez le nourrisson est due au peu de développement du sinus maxillaire ; le processus de suppuration n'est pas limité par la branche montante du maxillaire supérieur faisant saillie comme chez l'enfant plus âgé.

Maladie d'Isambert. — M. P. Ameuille rappelle que classiquement la maladie d'Isambert est la conséquence d'une dispersion des bacilles par le courant sanguin à partir d'un foyer tuberculeux préexistant. L'auteur montre que cette pathogénie n'est pas admissible en l'absence de miliaire généralisée, comme dans la plupart des lésions de la muqueuse bronchotrachéale et laryngée, l'invasion semble se faire par les canaux excréteurs des glandes, là où ils débouchent en surface. La maladie d'Isambert n'est donc pas une granulie.

Plastie pour favoriser le comblement et l'épidermisation des cavités d'évidement. — M. Ramadier.

Cervicotomie pour perforation de l'œsophage. — MM. Sacquépée, Hache et Baldenweck.

R. Caussé.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4 Mai 1944.

Tumeurs à histioplaxes et réticuline — M. F. Champeau. L'étude de la réticuline dans les tumeurs à histioplaxes confirme l'hypothèse de Gery et O. Nœppel concernant la nature réticulaire de l'affection.
Elle semble permettre d'isoler des autres tumeurs comprises sous la même dénomination les tumeurs solitaires d'histioplaxes des os et montre une profonde différence de comportement des fibrilles dans la tumeur à histioplaxes et les réactions de macrophagie.
Confrontées avec l'étude des autres caractères histiologiques, les modifications de la réticuline indiquent la présence de degré divers d'activité des tumeurs à histioplaxes.

Kyste épidermoïde avec modification partielle des éléments périphériques. — MM. Dupont et Jean Martin. Dans un kyste sébacé de la cuisse, l'examen histologique montre des zones périphériques en voie de momification réalisant des aspects identiques à ceux de l'épithélioma de Malherbe, argument à retenir en faveur de la théorie qui rattache à une inclusion embryonnaire l'origine de cet « épithélioma ».

Tumeur à myéloplaxes du fémur chez un enfant de 3 ans. — MM. Lance et F. Champeau, après avoir insisté sur la rareté d'une telle tumeur chez les sujets de cet âge, étudient l'histologie de la néo-formation. Différents caractères du substrat et des histioplaxes permettent de classer cette tumeur dans un type inactif, ce que confirme la clinique. Il ne semble donc pas impossible, sous réserve d'une enquête clinique plus approfondie, de préciser quels sont les moments opératoires des tumeurs à histioplaxes.

Un cas de kyste vrai du pancréas associé à un épithélioma du pancréas. — MM. Chigot et Jean Martin.

B. Duperrat.

ASSOCIATION DES MICROBIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

1er Juin 1944.

Intradermo-réactions et allergies comparées à la tuberculine et aux antigènes typho-paratyphaïdique et diphtérique au cours d'états infectieux aigus. — MM. R. Sohier, J. Capdeville et Navel, étudiant l'allergie typho-paratyphoïdique et diphtérique chez des sujets atteints d'affections aiguës, autres que les états typho-parathyphoidiques et diphtériques et ne réagissant pas à la tuberculine, ont constaté que, d'une part l'I. D. au TAB pouvait rester positive alors que les autres réactions étaient négatives ; d'autre part, après la période aiguë, il arrivait, ou bien que la réaction apparaisse seule, ou bien que simultanément on note une positivité des I. D. tuberculiniques et typho-paratyphoïdiques, voire même diphtériques.

Diagnostic des espèces « Spheraphorus necrophorus » et « Spherophorus funduliformis ». — M. A.-R. Prévot conclut, d'après les caractères et les propriétés des deux germes, qu'il s'agit bien de deux espèces différentes, quoique très parentes.

Sur la coexistence possible des antigènes somatiques complets et des haptènes libres chez les colibacilles et chez d'autres bactéries voisines. — MM. A. Boivin et Y. Lehault isolent à partir de certains colibacilles des colonies S muqueuses et une variante S non muqueuse. Les premières renferment, à côté de l'antigène complet, du type usuel, une grosse surcharge d'haptène libre, la variante non muqueuse contient seulement de l'antigène. La même dissociation s'est rencontrée chez un pneumobacille. Les colibacilles muqueux feraient donc la transition entre les pneumobacilles toujours muqueux et les colibacilles typiques non muqueux.

Action comparée de la chaleur et de l'irradiation sur le pouvoir antigénique et les propriétés du bacille typhique. — MM. H.-R. Olivier et P. Bonét-Maury. L'irradiation permet d'obtenir des germes avirulents conservant certaines des propriétés des germes vivants et un pouvoir antigénique supérieur à celui des bacilles chauffés.

Sur le degré de sensibilité de différentes souches de bacilles de Koch à la désintégration par les ultrasons. — MM. R. Laporte et J. Loiseleur. Les souches les moins pathogènes sont plus sensibles aux ultrasons que les souches pleinement virulentes. Il existerait aussi une relation entre la sensibilité des souches et leur aptitude à subir l'autolyse bactérienne.

Sur le mode d'action des ultrasons sur les microbes. — M. J. Loiseleur. Les ultrasons activent l'oxygène dissous dans le milieu, d'où oxydation du microbe, le résultat de cette oxydation étant de créer des points de moindre résistance. On peut faire un rapprochement entre le mode d'action des radiations ionisantes et celui des ultrasons : dans les deux cas on trouve à l'origine de l'effet biologique l'activation de l'oxygène.

Recherches sur le chimiotactisme leucocytaire : le pouvoir chimiotactique de certains constituants du bacille tuberculeux. — MM. A. Delaunay, R. Vendrely, Y. Lehoult et J. Pages, opérant *in vivo* sur le cobaye, montrent que les deux constituants : polysaccharides et nucléoprotéides du bacille tuberculeux peuvent jouer le rôle de facteurs chimiotactiques.

Nature du rayonnement lumineux qui supprime la mobilité des micro-organismes doués de fluorescence secondaire en présence de thioflavine. — MM. Jean-C. Levaditi et R.-O. Prudhomme. L'action photodynamique de la thioflavine est déclenchée par les radiations comprises dans son spectre d'absorption. Le rayonnement de fluorescence n'intervient pas dans l'immobilisation des microorganismes. L'action photodynamique de la thioflavine et sa fluorescence sont deux phénomènes distincts.

Le facteur surrénal dans la tuberculose. Diastases tissulaires de surrénales et acide ascorbique dans la tuberculose expérimentale du cobaye. — M. F. Maignan. L'hypertrophie considérable des surrénales dans la tuberculose, les effets de la surrénalectomie et de l'opothérapie surrénalienne établissent le rôle des glandes surrénales dans l'évolution de la tuberculose. D autre part, l'étude de l'action de la vitamine C montre que le facteur surrénal doit son influence à la fois à la sécrétion de cortine et à l'élaboration de l'acide ascorbique.

P. Lépine.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

19 Mai 1944.

Traitement de la luxation acromio-claviculaire complète. — M. Masmonteil décrit les divers déplacements qu'il faut, après réduction, contenir par une solide suture métallique prenant point d'appui sur la coracoïde puis sur l'acromion.

Traitement de certaines rétractions cicatricielles du dos de la main. — M. Dufourmentel préconise, pour compenser la rétraction des plans dorsaux, la résection des têtes métacarpiennes de façon à permettre le rétablissement de la flexion des doigts, ce qui rend à la main une large partie de ses fonctions.

Un cas de fibro-lymphangiome de l'estomac. — M. Weber apporte l'observation d'un homme qui, sans passé gastrique, présenta une hématémèse abondante. La radiologie permit de poser le diagnostic de tumeur bénigne. Après gastrectomie, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibro-lymphangiome.

Un cas d'épiploïte primitive. — M. Soubrane rapporte un cas à évolution lente de cette affection.

Un cas de brachymyomie. — M. Rœderer présente un jeune garçon atteint de cette curieuse maladie.

Luxation acromio-claviculaire dite incomplète. — M. Bovier.

G. Luquet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

7 Mai 1944.

A propos d'une radionécrose ; traitement des plaies atones par les ultra-violets localisés, après attouchement au nitrate d'argent. — M. Masmonteil (Angoulême) associe l'action antiseptique et cicatrisante des sels d'argent et l'action antimicrobienne et trophique des rayons ultra-violets sur les plaies atones ; il obtient ainsi des résultats là où une seule de ces thérapeutiques peut échouer ; depuis 10 ans, il traite ainsi avec succès les plaies ulcéreuses, panaris, anthrax, ulcérations des diabétiques ; il rapporte, en particulier, un cas de plaie profonde de radionécrose guérie depuis 9 ans après 20 séances et un cas de gangrène du pied chez un diabétique, guéri en 6 semaines ; dans ce dernier cas, 2 récidives correspondant à des épisodes diabétiques ont été guéries l'une en 1 mois, l'autre en 10 jours.

Gangrène des 2 jambes traitée par attouchement au nitrate d'argent suivies d'applications d'ultra-violets. — M. Masmonteil (Angoulême) présente l'observation d'un homme de 70 ans à passé variqueux ulcéreux des deux jambes datant de 1914 et traité par injections sclérosantes en 1920 ; ultérieurement, complications ulcéreuses, œdème, adhérences des téguments ulcéreux au plan profond, amputation de la jambe au 1/3 moyen, cicatrisation lente. Peu après, apparition d'ulcères et d'œdème à la jambe gauche : le malade refuse l'amputation proposée. Le traitement d'ultra-violets combiné au nitrate d'argent guérit les lésions et les troubles trophiques en 3 semaines ; 1 an après, maintien du bon état local et état général parfait.

Une observation rétrospective de radiodermite. — M. Flipo a eu l'occasion d'examiner une malade irradiée il y a 23 ans dans la région cervicale. Elle présente des cicatrices de radiodermite sur les avant-bras, les mains, le tronc et la partie supérieure des cuisses, c'est-à-dire loin de la région irradiée, alors que celle-ci est restée indemne. A quoi attribuer ces accidents qui ont duré plusieurs années, qui ont mis 7 mois à se constituer et nécessité un alitement de 21 mois ? A une cupule insuffisante ? A une inversion du tube dans l'hémi-cupule que l'on employait à ce moment, c'est-à-dire que la cathode aurait pris la place de l'anticathode? C'est ce que l'auteur discute. La malade présente, depuis le début de ses accidents, des érysipèles à répétition sur une des régions les plus atteintes, ce qui semble montrer l'absence de défense locale de l'organisme et qui permet de formuler des hypothèses intéressantes sur le mécanisme de transformation maligne des cicatrices de radiodermite.

Modes de production et rôle fonctionnel des pulsations nerveuses. — M. A. Fessard. Les processus d'excitation déclenchés électriquement dans les nerfs et les phénomènes bioélectriques qui en résultent sont les deux aspects fonctionnels les plus importants de l'activité neuronique. L'électrophysiologie classique a insisté sur leur caractère tout à fait transitoire et a inspiré la conception d'un mécanisme de propagation interneuronique de l'influx par relayage d'impulsions uniques. Selon Lapicque, ces relayages dépendent d'accords chronologiques (isochronisme) dont certains contrôles centraux peuvent modifier la distribution (subordination). Cependant, les ondes nerveuses naturelles, messages sensoriels, commandes motrices, activités centrales, sont presque toujours des impulsions rythmées, et il est facile d'en produire artificiellement avec tout tissu excitable, pourvu qu'on réussisse à le dépolariser de façon durable (exemples de la contraction galvanotonique et du fourmillement électrique). Cette excitabilité rythmogène, sur laquelle il ne faut pas se méprendre lors de mesures de chronaxie ou de climalyse, est favorisée par les courants progressifs, les milieux alcalins ou pauvres en calcium ionisé, l'acétylcholine, etc.
C'est également en corrélation avec des dépolarisations locales naturelles que sont émises les pulsations fonctionnelles : on en a décelé dans les organes sensoriels, dans la moelle, le cortex cérébral, divers ganglions. Et l'on a reconnu qu'à leur point d'impact les pulsations laissent des traces négatives qui s'accumulent (sommation) et qui sont génératrices de nouvelles impulsions rythmées.
Ce serait donc plutôt sous forme de relayages électriques par impulsions rythmées que d'aiguillages par résonance qu'il faudrait concevoir le transfert d'activité d'un neurone au suivant. Cependant une solution dualiste peut être envisagée qui sépare l'action « détonatrice » à faible latence, due aux influx très groupés, de l'action plus nuancée des influx répartis, élaborateurs d'un état d'excitation central, selon le concept sherringtonien. Ainsi, chaque théorie peut continuer à proposer ses schémas explicatifs dans le domaine qui lui est propre.

Le traitement de la surdité par la radiothérapie. — MM. Raynal et Garric (Limoges) utilisent l'action résolutive des rayons X sur les séquelles adhésives d'otites suppurées et sur les manifestations auriculaires de la chaîne des osselets. Les lésions sclérosantes rétractiles, analogues aux chéloïdes, ont largement bénéficié de la méthode ; l'indication de choix est la surdité dite de transmission ; l'efficacité de la méthode est douteuse dans les cas où la sclérose a dépassé l'oreille moyenne, atteignant le labyrinthe.
Technique : 200 à 250 kw. 3 mA. 1 à 2 mm. Cu + 2 à 3 mm. Al. Distance 45 à 50 cm. 2 portes auriculaires droite et gauche ; petit champ oval de quelques centimètres de diamètre, centré sur la caisse et les fenêtres ; du coton hydrophile imbibé d'eau est tassé dans le conduit et la conque.
Dose : 1.500 r donnés en 8 jours sur chacune des deux portes d'entrée auriculaire. En cas d'amélioration sensible après 20 jours, compléter par une nouvelle dose de 1.500 r de chaque côté à raison de 250 r par semaine.
Statistique comportant 33 cas avec 15 très bons résultats.

Présentation d'un appareil à piles. — M. Walter, grâce à l'utilisation de nouvelles piles à dépolarisant par l'air, a pu construire 2 modèles d'appareils à piles permettant la continuation des traitements malgré les arrêts de courant. Intensité maxima : 5 et 20 milliampères. Les appareils, en coffret bakélite, comportent : 1 milliampèremètre de précision et 1 potentiomètre avec interrupteur au début de la course.

Y. Hélie.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

22 Avril 1944.

Le syndrome de Foster-Kennedy n'est pas toujours un signe de localisation. — MM. Puech, Desvignes et Desclaux. Relation d'un syndrome de Foster-Kennedy par blocage de l'aqueduc de Sylvius.
Ce syndrome peut être provoqué par des tumeurs à distance ou par la dilatation du 3e ventricule, au même titre que les érosions de la selle turcique à la radiographie.

Essai du traitement de quelques affections graves du fond d'œil par l'infiltration du ganglion stellaire. — M Grelault (de Blois) relate l'histoire de 3 cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine qui sont très améliorés par ce traitement, d'un cas de rétinite pigmentaire qui n'en bénéficie que de façon passagère et d'une thrombose de la veine centrale de la rétine également améliorée. Malheureusement, les constatations ophtalmoscopiques font défaut en ce qui concerne cette dernière observation.

Sur la tolérance intra-oculaire des éclats d'aluminium provenant des bombes explosives. — M. Jean Sedan (de Marseille). L'aluminium, corps indifférent, est assez bien toléré par l'œil et se comporte comme les métaux inoxydables-amagnétiques.
L'auteur en rapporte 3 observations tout à fait convaincantes où le corps étranger siégeait, dans le vitré (et, chose digne de remarque, la perception lumineuse, d'abord abolie, a reparu au bout de 2 mois), — à la surface de la cristalloïde — et sur la face antérieure de l'iris.
On peut donc conclure avec le rapport du Prof. Veil que « les corps étrangers tolérés non extraits donnent des résultats meilleurs que les corps étrangers extraits ».

Un cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. — MM. G. Renard, Degos et J. Lereboullet. Les lésions rétiniennes, fréquentes dans la maladie de Bourneville, se retrouvent sous la forme typique de large plaque symétrique des 2 rétines chez ce malade qui présente par ailleurs un tableau très typique de sclérose tubéreuse.

Phlegmon des paupières à staphylocoque doré consécutif à une conjonctivite d'aspect banal. — M. Rassana. Ce pre-

mier cas se marque par une altération profonde de l'état général. L'intervention ne rencontre aucune collection purulente. La guérison survient par radiothérapie locale et traitement à la thiazomide après 3 rechutes successives.

Phlegmon de l'orbite d'origine ethmoïdale à symptomatologie de compression intra-cranienne. — M. Rossano. L'observation de phlegmon de l'orbite s'individualise par son apyrexie, l'apparition de vomissements de type cérébral associés à une constipation opiniâtre. Spontanément, la collection ethmoïdale se draine par voie nasale et, après incision d'un abcès de la paupière inférieure, la guérison est acquise.

L. Guillaumat.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

14 Mars 1944.

Aperçus nouveaux sur le scorbut et l'acide ascorbique. — MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mlle Henriette Mazoué ont appliqué la technique chronaximétrique à l'étude des troubles de l'excitabilité neuromusculaire des cobayes et des rats soumis au régime scorbutigène de Randoin et Lopez-Lomba. Leurs observations sur le cobaye permettent de rattacher le scorbut expérimental à une dépression encéphalique sans atteinte médullaire, qui se traduit essentiellement par une élévation des chronaxies nerveuses et une chute des chronaxies musculaires ; mais tandis que les injections intrapéritonéales d'acide ascorbique assurent le retour à la normale, les injections de cortine de synthèse ne permettent qu'un rétablissement transitoire des chronaxies. Dans les mêmes conditions de régime, on observe chez le rat une sorte de scorbut transitoire que corrige rapidement, semble-t-il, les possibilités de synthèse d'acide ascorbique de l'organisme de cet animal. Cependant, les manifestations chronaximétriques observées chez le rat cessent quand on substitue au lactate de calcium du régime un mélange salin équilibré. Ainsi l'avitaminose C ne se trouverait « révélée » que par la présence d'un sel alcalogène. Par ailleurs, la simple alcalose provoquée chez le rat par des injections répétées de gluconate de calcium se trouve, elle aussi, corrigée par des injections d'acide ascorbique (même sous forme d'ascorbate de sodium). L'acide ascorbique, doué d'un pouvoir acidosique, combat ainsi spécifiquement l'alcalose qui secondairement pourrait révéler l'avitaminose C. Cette curieuse propriété de l'acide ascorbique explique comment le scorbut n'apparaît pas chez les sujets cependant privés de vitamine C, mais dont le régime acidosique, riche en graisse et dépourvu de légumes et de fruits alcalinisants, suffit à les protéger.

Le rôle des ferments dégradateurs dans la pathologie et la thérapeutique des maladies microbiennes. — M. F. Maignon.

L. Grollet.

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

8 Mars 1944.

Présentation d'une étuve à microscope. — MM. R. Deschiens et L. Lamy présentent une étuve pourvue d'un thermo-régulateur en laiton invar permettant l'observation prolongée des microrganismes thermosensibles et des diagnostics parasitologiques à frais de certains protozoaires parasites.

La culture du « Trichomonas » de la bouche en milieu sulfamidé. — MM. R. Mandoul et R. Dargelos. Les solutions de sulfamides mises en présence de culture de *Trichomonas elongata*, parasite de la bouche de l'homme, permettent par l'action sur la flore bactérienne associée d'obtenir une longévité beaucoup plus grande des cultures.

— M. R. Deschiens confirme que dans les cultures des parasites intestinaux la flore bactérienne saccharolytique associée est plus sensible à l'action des sulfamides que la flore bactérienne protéolytique.

Différences morphologiques chez deux souches de « Trypanosoma gambiense » déterminant des maladies expérimentales différentes. — M. P. Caubet. Comparaison de deux souches : Yaounde (longue) et Anvers (courte). Les caractères biométriques se retrouvent dans l'inoculation aux animaux de laboratoire (cobaye, rat, souris). La souche Anvers se divisant plus rapidement dans le sang semble correspondre à une évolution régressive.

Essais d'immunisation chimio-biologique par le sulfarsénol dans les infections à « Trypanosoma gambiense » chez le rat. — MM. E. Roubaud et P. Caubet. La chimio-immunisation au sulfarsénol est spécifique pour les souches présentant un pouvoir pathogène différent ; elle ne paraît pas active sur les virus hétérologues.

Présence de cellules de Mott chez les rats infectés de « Trypanosoma gambiense ». — MM. J. Stefanopoulo P. Caubet et Mlle S. Duvolon. Observation de cellules de Mott dans les coupes histologiques de cerveau et des rates.

Prémunition antipalustre dans le cadre général de l'immunité. — M. R. Pons. La prémunition ou immunité de tolérance antipalustre est un état réactionnel de défense labile apparaissant lentement et intimement à la présence du virus. A la demande de M. C. Mathis, et après discussion de M. Ph. Decourt, il est décidé de réunir une Commission pour proposer une définition de l'état de prémunition dans le paludisme.

« Fasciola hepatica ». — MM. G. Lavier et J. Stefanopoulo. Dans 5 cas de distomatose humaine observés, 5 intradermo-réactions sont positives avec un antigène à base de *Fasciola hepatica*. L'intradermo-réaction est négative avec un antigène hydatique, la réaction de fixation de complément est positive dans 5 cas avec l'antigène douve et négative avec l'antigène hydatique. 3 témoins normaux n'ont présenté de réaction en aucun cas.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

20 Juin 1944.

Rhinorrhée cérébro-spinale congénitale chez une enfant ayant présenté 2 méningites à pneumocoques. Intervention chirurgicale. Guérison. — MM. René Martin, A. Aubin, M. Klein, F. Rouquet et B. Sureau. Chez une fillette de 5 ans, une méningite à pneumocoques particulièrement grave, non améliorée par un premier traitement sulfamidé (693 et 1162 F), fut guérie par l'administration de hautes doses de sulfapyrimidine (1 g. 20 par kilogramme). 5 mois plus tard, nouvelle méningite à pneumocoques jugulée en quelques jours par la méthyldiazine.

Une rhinorrhée abondante et unilatérale persistant, on put se rendre compte qu'il s'agissait d'un écoulement du liquide céphalo-rachidien. L'intervention par voie endo-cranienne extra-dure-mérienne montra une déhiscence de la lame criblée gauche. La brèche colmatée, la guérison fut rapide et totale.

— M. R.-A. Marquézy a observé un cas analogue ; trois attaques successives de méningites à pneumocoques bénignes firent rechercher une rhinorrhée cérébro-spinale traumatique, guérie également par l'intervention.

Abcès bronchectasiant du poumon après amygdalectomie. Pneumonectomie. — M. R.-A. Marquézy, Mlle L. Ladet, et M. Ch. Bach ont vu 10 mois après le début des accidents un enfant présentant un foyer de condensation pulmonaire dans lequel l'exploration lipiodolée mit en évidence d'énormes dilatations bronchiques. Devant l'importance des lésions, seule l'exérèse pouvait être envisagée. L'enfant mourut 10 heures après la pneumonectomie qui dura 2 heures. La mort semble pouvoir être imputée au choc opératoire ; les injections intraveineuses d'adrénaline pendant l'intervention (9 mg.), pour éviter le collapsus vasculaire, faussèrent complètement la courbe de la tension artérielle et trompèrent sur l'état de l'opéré.

— M. J. Cathala. A-t-on fait l'examen anatomique de l'autre poumon ? Dans un cas de décès post-opératoire (splénectomie) où avaient été faites des injections intraveineuses d'adrénaline, on a constaté de l'œdème aigu du poumon.

— M. Leveuf. On doit aux injections intraveineuses de sérum adrénaliné de beaux succès. Mais cette méthode n'est indiquée que lorsque le malade est en état de choc ; à titre préventif, elle est néfaste.

— M. R.-A. Marquézy. L'adrénaline a masqué la chute tensionnelle et a permis de poursuivre l'opération qu'il eût peut-être mieux valu faire en deux temps.

— M. Robert Clément a observé une mort par œdème aigu chez un débile dont le collapsus toujours menaçant a exigé la répétition trop fréquente de nombreuses prises d'adrénaline par voie buccale.

— M. J. Cathala. Il est souvent difficile de prévoir les conséquences de la thérapeutique adrénalinique.

— M. Leveuf apporte les résultats d'expériences poursuivies avec M. Justin-Besançon montrant l'efficacité de l'adrénaline dans les phénomènes de choc. Rien ne saurait la remplacer.

— M. J. Huber a vu un œdème pulmonaire céder à des injections d'adrénaline.

— M. Julien Marie. Le traitement des suppurations pulmonaires est difficile. La pneumonectomie donne encore 50 pour 100 de décès. Chez 3 enfants, la ponction et l'injection de sulfamides, après pneumothorax pour préciser la zone d'adhérence, ont donné d'heureux résultats.

— M. R.-A. Marquézy. Dans ce cas, il y avait très peu d'adhérences. En raison de la dilatation des bronches, ni la ponction ni la pneumotomie ne pouvaient être efficaces, seule l'exérèse pouvait être envisagée.

— M. Genevrier. La pneumonectomie est une opération très choquante, surtout peut-être par sa durée dont le chirurgien dans son ardeur ne tient pas toujours assez compte.

A propos d'un cas de sténose congénitale du duodénum chez un nourrisson. — M. Rocher (de Bordeaux). Les signes sont différents de ceux de la sténose du pylore : vomissements dès le premier jour, presque toujours bilieux. Image d'estomac double. 21 succès opératoires.

— M. M. Fèvre. Dans l'atrésie duodénale, les vomissements ne sont pas bilieux, l'abdomen est plat. L'opération est en général suivie de succès. Les autres sténoses par brides ou torsion s'accompagnent de gros ventre et donnent des signes d'occlusion.

Occlusion par bride paradiverticulaire simulant un étranglement herniaire du nourrisson. — MM. Chabrun et Fèvre. Chez un nourrisson de 3 mois porteur d'une hernie difficile à rentrer, la radiologie montra une dilatation gazeuse énorme du grêle avec côlon filiforme. Il s'agissait en réalité d'une occlusion par une bride allant du diverticule de Meckel au cæcum.

Absence congénitale des voies biliaires et division palatine. — MM. Delthil et Laurence. L'association de ces deux malformations est rare et permet de songer à une anomalie du type régressif.

— M. M. Fèvre. L'association de deux malformations congénitales est banale.

Deux cas d'ictères congénitaux par malformation des voies biliaires. — MM. S. Thieffry, Laurence et Gorin ont étudié dans ces deux cas d'ictères par absence de voies biliaires extra-hépatiques le fonctionnement cellulaire du foie et posent la question d'une altération hépatique associée à la malformation des voies biliaires.

— M. Cl. Launay, sur une biopsie à 5 mois et l'examen histologique à 9 mois, a pu constater les progrès rapides de la cirrhose et le développement des lacs biliaires.

— MM. Seringe, Julien Marie et Fèvre ont pu étudier complètement un cas analogue où il y avait dégénérescence graisseuse et cirrhose périportale.

Robert Clément.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Avril 1944.

Sur un cas de paralysie générale juvénile. — MM. P. Delmas-Marsalet, J. Faure et J.-A. Favreau rapportent un cas de paralysie générale juvénile qui leur a paru assez typique : syphilis héréditaire, épisode mental chez la mère de la malade, début après un choc affectif par un état dépressif, du tremblement, de la dysarthrie, des troubles généraux et génitaux. Evolution rapide sans idées délirantes ni excitation maniaque, mais affaiblissement global du psychisme aboutissant à la démence. Atteinte pyramidale et cérébelleuse. Pronostic sombre malgré le traitement (bi-iodure, malaria, stovarsol) qui a amené une amélioration de l'état général, une régression des signes neurologiques, mais n'a pas empêché l'évolution démentielle.

Sur un cas d'hémiplégie avec hémiasomatognosie. — MM. Paul Delmas-Marsalet, Jacques Faure et Frank Bannel rapportent l'observation d'une hypertendue de 69 ans qui présente des dysesthésies droites depuis un an. En Janvier 1944, un ictus est suivi d'hémiplégie droite accompagnée de troubles sensitifs variés (diminution et retard de perception, perte de notion de poids, augmentation du cercle de Wéber, ahilognosie, astéréognosie) dominés par des troubles du schéma corporel avec perte complète de notion de position des membres et sensation d'allongement puis de raccourcissement du côté droit (alors que la malade localise la piqûre du doigt intéressé, le membre ayant été d'abord repéré).

Les auteurs rappellent ensuite que le syndrome d'Anton Babinski se compose de deux éléments précis : l'anosognosie et l'asomatognosie.

Ce cas peut être rapproché du syndrome d'Anton Babinski mais l'absence d'anosognosie ne permet pas de porter ce diagnostic, seulement celui d'hémiasomatognosie.

La réunion de ces deux termes est en effet indispensable pour parler de syndrome d'Anton Babinski vrai. Quoi qu'il en soit, ces troubles d'hémiasomatognosie avec légère aphasie transitoire permettent de localiser les lésions dans la région de la pariétale inférieure et temporo-pli courbe gauche.

Intervention chez une femme en état d'anémie aiguë pendant une transfusion massive. — MM. R. Dufour, G. Ringenbach et G. Duviau présentent l'observation d'une femme obèse, fortement tarée et anémique (20 pour 100 d'hémoglobine et 930.000 globules rouges), qui subit une hystérectomie subtotale pour fibrome hémorragique et guérit sans incident. Le succès opératoire semble dû en partie à la transfusion massive de sang effectuée pendant l'intervention.

Infection grave « post abortum ». Sulfamidorésistance. Guérison après transfusion sanguine. — MM. M. Rivière et G. Ringenbach rapportent l'observation d'une infection grave *post abortum* qui résista aux sulfamides et guérit aussitôt après une transfusion lente de 300 cm^3 de sang immunisé. Ils préconisent l'emploi précoce des transfusions dans toutes les infections graves.

Encéphalite arsenicale et grossesse. — M. Bergouignan. Une jeune femme, enceinte de 7 mois, présumée à tort syphilitique, présente après la 3e injection d'acétylarsan les accidents cérébraux typiques de l'apoplexie dite séreuse, qui aboutit à la mort en 3 jours. L'auteur rassemble, à propos de cette observation, un grand nombre de cas qui semblent établir la plus grande fréquence de ces accidents au cours de la grossesse, surtout dans les derniers mois de celle-ci. Il note également la vulnérabilité plus grande de la femme aux arsenicaux au moment de ses règles. Certaines mesures préventives doivent être conseillées ; dans l'observation relatée, les thérapeutiques classiques et le sulfate de magnésie intraveineux ont échoué ; la novocaïne intraveineuse n'a pas été essayée.

Deux cas de rétrécissement congénital de l'œsophage. — M. Despons a observé 2 cas de rétrécissement congénital de l'œsophage, l'un chez une femme de 35 ans, mère de 4 enfants, l'autre chez un enfant de 7 ans. La première malade avait eu des accidents dysphagiques à l'âge de 13 ans.

Dans les 2 cas, la dilatation, sous contrôle œsophagoscopique, à la bougie amena la disparition des troubles fonctionnels.

Les actinomycoses cervico-faciales sont-elles plus fréquentes que jadis ? — MM. Despons et Bahuet ont observé 3 malades dont les accidents pseudo-phlegmoneux de la face, d'évolution rapide, étaient une manifestation d'actinomycose guérie par l'iodure de potassium. Dans un cas, on pouvait incriminer l'évolution d'une dent de sagesse. Il est fréquent de voir l'actinomycose compliquer l'ostéo-périostite d'origine dentaire.

Évolution et pronostic de certaines choroïdites tuberculeuses exsudatives. — M. Bessière. La tuberculose de la choroïde se manifeste sous des aspects très différents, les plus anciennement connus se rapportent aux lésions avec néo-productions spécifiques, lésions folliculaires des formes miliaires et du tuberculome massif ; mais le plus souvent la manifestation choroïdienne revêt la forme inflammatoire banale et se présente comme une choroïdite simple afolliculaire dont le diagnostic étiologique est toujours extrêmement difficile.

L'affection prend souvent l'allure d'une choroïdite exsudative diffuse circonscrite, pauvre en pigment et d'évolution assez lente. D'autre fois l'éruption a une durée assez courte, à tel point qu'on peut parler de véritables formes subaiguës. Celles-ci doivent être considérées plus comme des stigmates que comme une complication de l'infection tuberculeuse. Ce sont des réactions allergiques à des infections secondaires plus ou moins répétées ou à des auto-infections, réactions susceptibles de disparaître assez rapidement, mais aussi de réapparaître au même point ou en un autre point, comme lésion nouvelle et non comme extension d'une lésion unique. Elles ont à ce titre une grande valeur séméiologique chez l'adulte jeune qu'on peut rapprocher de celle de la kératite phlycténulaire dans la seconde enfance.

Elles constituent les formes les plus bénignes des tuberculoses de la choroïde.

Observation de phtiriase ciliaire unilatérale. — M. Viaud.

A. Chabé.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DU TRAVAIL DE PROVENCE

8 Février 1944.

Étude statistique comparative entre 100 élèves de l'école Le Chatelier (centre d'apprentissage de la métallurgie) et 50 apprentis métallurgistes travaillant en usine pour l'année 1942-1943. — M. P. Allies, comparant le poids, la taille, le périmètre thoracique et la capacité respiratoire des sujets examinés, montre que, pendant la même période, l'accroissement a été beaucoup plus favorable chez les apprentis de l'école que chez les autres.

Il attribue ces heureux résultats au régime de l'internat, à une meilleure répartition des heures de travail, à des loisirs plus importants et mieux surveillés, mais, surtout, à l'éducation physique méthodique. Contrairement aux craintes que l'on pourrait avoir, eu égard à la sous-alimentation, le sport n'a pas sur les garçons une influence néfaste. Il semble même assurer une meilleure assimilation, une élimination plus active des déchets et, par voie de conséquence, favoriser le développement harmonieux de l'organisme.

L'auteur conclut en préconisant que les deux premières années d'apprentissage se passent dans des écoles, que les jeunes bénéficient d'un long congé annuel, que l'éducation physique et le sport soient développés dans les usines.

Remarques sur les facteurs conditionnant l'apparition des engelures. — M. E. Desanti fait état d'observations recueillies chez les laveuses de bouteilles d'une entreprise de spiritueux pour montrer l'action du froid humide dans le déterminisme des engelures et leur localisation prépondérante aux mains. En dehors de toutes autres considérations étiologiques, la prévention doit s'inspirer de cette notion.

21 Mars.

Le problème médico-légal des dermatoses professionnelles réactionnelles. — M. P. Vigne, après avoir rappelé les différences cliniques et pathogéniques qui séparent les dermatoses professionnelles vraies des dermatoses professionnelles réactionnelles, expose le problème médico-légal de ces dernières affections. Légalement, les dermatoses réactionnelles ne sont pas des accidents du travail et seules les Assurances sociales doivent intervenir dans le remboursement des frais médicaux.

Cependant il serait plus logique et plus juste que la législation admette, à l'avenir, la distinction entre l'hypersensibilité naturelle et l'hypersensibilité acquise. La recherche des tests cutanés, effectuée avant l'embauche dans les industries susceptibles de provoquer des troubles cutanés, permettrait d'éliminer les sujets idiosyncrasiques. Par contre, la sensibilité qui s'acquiert et se développe progressivement au cours du travail et qui, de ce fait, prend indubitablement un caractère professionnel, devrait voir ses effets reconnus et indemnisés comme accidents du travail.

Un cas de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire chez un travailleur de force. — MM. J. Pierron et A. Orsini présentent un jeune ouvrier de 22 ans porteur d'une cardiopathie congénitale étiquetée pendant longtemps maladie de Roger. Il s'agit, en réalité, d'une dilatation de l'artère pulmonaire, bien visible radiologiquement et confirmée par l'E.L.C. qui montre une prédominance droite très nette. Cette lésion s'accompagne d'un remarquable développement statural et pondéral. Le sujet, doué d'une force musculaire peu commune, accomplit sans fatigue et sans troubles le métier de portefaix. Malgré cette remarquable tolérance, les auteurs conseillent le changement d'emploi. Ils posent le problème du reclassement professionnel des cardiaques.

Hygiène et sécurité des travailleurs. Vue d'ensemble du problème. — M. G. Gauthier.

G. Gauthier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

6 Mars 1944.

A propos du traitement chirurgical dans l'anurie au cours de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — MM. Letac et J. Lacombe. Cas unique de guérison après décapsulation rénale faite 6 jours après la cessation de la diurèse.

L'intervention a agi, d'après les auteurs, plus par saignée locale décongestionnante que par décompression.

Les auteurs pensent que dans des cas semblables il serait utile d'accompagner la décapsulation de petites scarifications du parenchyme rénal agissant comme autant de petites néphrostomies.

Occlusion post-appendiculaire chez un enfant. — M. Salmon.

Hydronéphrose sur un rein double (présentation de pièces). — M. Cottalorda.

13 Mars.

Suites obstétricales de 6 ligamentopexies. — M. J. Chosson a réuni 6 observations de grossesses survenues après ligamentopexie. 5 se sont terminées à terme, 1 a donné lieu à un avortement vers le 3e mois. A ce propos l'auteur discute du rôle joué par la ligamentopexie dans les deux accouchements dystociques qu'il a observés et dans l'avortement. Il conclut à la grande bénignité obstétricale habituelle des ligamentopexies.

Une occlusion vraiment récidivante. — MM. P. Granjon et H. Dalmas. A la suite d'une ovariectomie, puis d'une hystérectomie pour salpingite, Mme P. présente, échelonnées sur 7 ans, 5 crises d'occlusion intestinale aiguë ayant nécessité une intervention chirurgicale. Les auteurs appelés à traiter la dernière et constatant l'inefficacité, voire la nocivité des libérations d'adhérence pratiquées jusqu'alors, pratiquent une résection en bloc d'une masse constituée par 80 cm. d'intestin grêle agglutiné, et de la paroi à laquelle cette masse était intimement adhérente. Le choc intense qui suivit cette intervention fut très efficacement combattu par l'installation d'une perfusion veineuse adrénalisée, maintenue 4 jours. 6 mois après l'intervention, la malade a repris 12 kg. et paraît complètement guérie.

Trois moignons de Ricard basculés. — M. Clerc rapporte des documents photographiques et radiographiques concernant 3 mauvais moignons de désarticulation intertibio-calcanéum ; 2 d'entre eux sont sûrement dus à des astragalectomies correctrices de moignons de Chopart basculés (opération de Lagaité). L'histoire du 3e n'a pu être reconstituée. Si les radiographies montrent bien la réalité de la position en équinisme du calcanéum, les photos montrent une bascule importante en varus des parties molles. Un des malades n'a pas été réopéré, un autre a subi, sur sa demande, une amputation de jambe au tiers inférieur. L'auteur insiste sur l'excellence du résultat obtenu chez le troisième par une amputation de Syme à la rugine — technique d'Ollier — grâce à la reconstitution d'un néo-calcanéum, bien visible sur les clichés 2 mois après, avec un raccourcissement du segment jambier de 5 cm. seulement.

Grand kyste séreux du médiastin (présentation de pièce). — MM. Dor, Goirand et Rahmin.

20 Mars.

Pneumonectomie gauche au garrot fermée au 39e jour sans fistule bronchique grâce au drain bonnet de moignon. — M. Aubert. Observation jusqu'à présent unique de pneumonectomie au garrot fermée sans fistule bronchique. L'auteur insiste sur la simplicité de la guérison, le raccourcissement considérable de la convalescence. Le drain bonnet de moignon évite la fatale infection pleurale qui gêne ou empêche le comblement de la cavité résiduelle après pneumonectomie. Ce procédé est à mettre en balance avec la ligature séparée des éléments du pédicule qui, si elle donne une parfaite sécurité du côté bronchique, est bien rarement réalisable dans les exérèses pulmonaires pour lésions inflammatoires.

Neurinome thoracique à point de départ probablement œsophagien (présentation de pièce). — M. Aubert.

27 Mars.

Pancréatite œdémateuse. Colécystostomie. Guérison opératoire. — MM. Lamy et Bret. Pancréatite opérée à la 4e heure après le début clinique. Grosse vésicule biliaire, association d'un drainage vésiculaire à la dissociation du péritoine pancréatique. Les auteurs insistent sur les bienfaits de l'association : bicarbonate de soude, atropine, éphédrine à hautes doses dans les suites opératoires.

L'infiltration obturatrice. Technique. Indications. Résultats. — MM. R. Imbert et J. Poucel décrivent dans leur communication une technique d'infiltration du nerf obturateur. Le procédé permettra, pensent-ils, de prévoir dans un cas donné si la névrotomie obturatrice sera susceptible de s'accompagner d'une sédation douloureuse. Jusqu'à présent cette intervention comportant une part d'incertitude due à la complexité de l'innervation de la hanche. Une observation d'infiltration obturatrice est jointe à cette communication.

Rotule bipartite et traumatisme. — M. L. Dejou. Rotule bipartite unilatérale révélée par une chute qui fut suivie de vives douleurs et d'une grosse impotence fonctionnelle pendant plus de 4 mois. On peut discuter le diagnostic de fracture par les constatations radiologiques et opératoires. Le fragment angulaire fut en effet finalement extirpé, après quoi la guérison se produisit avec restitution fonctionnelle complète.

Deux cas de brucellose à début chirurgical. — M. L. Dejou. La première observation concerne une périostite du fémur à début brutal, hautement fébrile et très douloureuse, ayant évolué en 3 mois vers la guérison totale. 2 ans plus tard, la radiographie montre une soufflure du périoste avec légère ostéite condensante de la corticale externe d'une zone limitée de la diaphyse. L'intradermo-réaction à la mélitine fit le diagnostic rétrospectif. La deuxième observation relate un abcès ischio-rectal qui fut le début d'une septicémie à bacilles abortifs par contamination de laboratoire. Après drainage, la fièvre persiste très élevée pendant encore une semaine, puis tout rentre dans l'ordre ; la durée totale de la maladie n'excède pas 3 semaines.

Ligature de la carotide primitive dans une hydrocéphalie (présentation de radiographies). — M. Dodil.

Gastrectomie itérative pour ulcus peptique (présentation de pièce). — M. Aubert.

3 Avril.

L'avenir des luxations traumatique de la hanche. — M. R. Imbert rappelle l'observation d'une luxation traumatique de la hanche qui s'est accompagnée ultérieurement de nécrose aseptique de la tête. Il insiste sur le fait que ces lésions s'accompagnent probablement plus souvent de séquelles tardives qu'il n'est courant de le dire.

Quatre cas de plaies cranio-encéphaliques. — MM. Pailla. et Duplay. M. Arnaud, rapporteur.

17 Avril.

Diverticule de l'estomac (présentation de radiographies). — M. Lamy.

Perforation typhique de la base de l'appendice. — M. Salmon.

24 Avril.

A propos des anévrismes poplités compliqués de gangrène. — MM. P. Luccioni et P. Alliès rapportent un cas de thrombose artérielle aiguë étendue à la tibiale postérieure et à la tibiale antérieure au cours d'un anévrisme poplité. A la faveur de cette observation, les auteurs reprennent l'étude des indications opératoires dans les anévrismes poplités compliqués de gangrène. L'amputation de cuisse qui était pratiquée d'emblée le plus souvent doit céder la place à une intervention préalable sur l'anévrisme : endoanévrismorraphie ou résection de la poche. Elle permet très souvent une amputation limitée à l'avant-pied, ou tout au plus au tiers inférieur de la jambe.

Amputation totale de la verge avec conservation des testicules. — MM. J. Paoli et A. Tristant. Volumineux cancer du pénis dont le traitement curiethérapique n'était pas possible. Amputation de la verge avec conservation des testicules et urétrotomie périnéale. Evidement ganglionnaire bilatéral suivi de radiothérapie. Le malade reste guéri 15 mois plus tard et le résultat obtenu montre l'utilité de la chirurgie dans les cas où, du fait de l'étendue des lésions, la physiothérapie n'est pas possible.

Hydronéphrose sur un rein double avec duplicité rénale bilatérale. — M. Cottalorda.

J. Lamy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE

Mai 1944.

La formule hémo-leucocytaire de la fièvre ondulante. — MM. J. Tapie et Rocalve attachent à l'examen hématologique une valeur pratique plus grande que ne l'indiquent les traités classiques pour le diagnostic de la fièvre de Malte au stade où l'hémoculture, le séro-diagnostic et l'intradermoréaction à la mélitine ne donnent pas encore la certitude.

L'anémie globulaire, l'absence d'hyperleucocytose, l'inversion de la formule leucocytaire avec mononucléose lympho-monocytique prédominante constituent les éléments fondamentaux d'un syndrome hématologique qu'on ne retrouve ni dans la maladie de Bouillaud, ni dans l'endocardite infectieuse, ni dans la typhobacillose, ni dans les formes abdominales de la granulomatose maligne. La monocytose de la fièvre de Malte est beaucoup plus marquée que celle des infections typho-paratyphiques ; elle peut atteindre un taux aussi élevé que celle de l'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne : mais elle ne comporte jamais de cellules jeunes ou atypiques.

Quelques observations de rétention d'urine après amputation du rectum. — MM. Grimoud et Lhez. 6 observations de rétention d'urine post-opératoire sur une série de 60 amputations ou résections du rectum sont le point de départ d'une étude sur l'évolution clinique, la pathogénie et le traitement de cette rare complication de la chirurgie rectale.

Réflexions sur une thoracoplastie avec Schaede associé. — MM. Lasserre et P. Dambrin montrent, à propos d'une observation de pleurésie purulente tuberculeuse fistulisée et rebelle à toute thérapeutique, qu'une thoracoplastie totale, associée à un Schaede, a pu seule aboutir à la guérison. Bien conduite, cette intervention ne présente pas la gravité dont l'accusent certains.

Un cas de balancement psycho-somatique, suppression par l'électro-choc. — MM. Trillot et Valatx. Malade de 41 ans présentant un délire de persécution avec hallucinations et dont le corps est couvert de psoriasis. Crises d'excitation très violentes sous forme d'accès durant plusieurs semaines pendant lesquelles le psoriasis s'atténuait. Traitement par l'électro-choc qui calme les crises très rapidement et a fait disparaître l'affection cutanée qui n'a plus réapparu depuis 1 an.

Tératome du médiastin avec métastase hépatique. — MM. J. Tapie, Salvador et Gourdou rapportent l'observation d'un cas de kyste congénital du médiastin, longtemps latent, puis extériorisé uniquement par une expectoration purulente et dont l'évolution a été terminée par une métastase hépatique. L'examen histologique de la métastase montra une tumeur tératoïde à tissus multiples.

Suppuration pulmonaire chez un enfant, compliquée de pyopneumothorax et d'abcès sous-phrénique. — MM. Bertrand, Gourdou, Petel et Daynie présentent l'histoire d'un enfant âgé de 11 ans qui fut très dramatique et qui s'est heureusement terminée par une guérison complète, grâce à une collaboration médico-chirurgicale suivie et à un traitement chirurgical très exactement orienté par le contrôle radiologique.

La nouvelle loi sur l'avortement et la répression du crime impossible. — M. M. Pujol.

État maniaque infectieux et pleurésie tuberculeuse. — MM. Trillot et Valatx.

Action pharmaco-dynamique de quelques essences de Labiées. — M. R. Cazal.

Localisation de la saponine du lierre. — M. G. Banny.

Remarques sur le régime des eaux sulfurées sodiques. — M. J. Mounier.

L'électro-choc en psychiatrie. — M. Péret.

Crypto-leucémie lymphoïde. — MM. J. Fabre et J. de Brux.

J.-P. Tourneux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

28 Avril 1944.

Opacification transpleurale des cavernes pulmonaires par bioxyde de thorium. — MM. Gernez, Garcenot et Morseau utilisant la ponction transthoracique d'Ameuille, préfèrent au lipiodol qui ne permet que l'étude du bas-fond de la caverne et de la bouche de drainage au point déclive une solution colloïdale à 25 pour 100 d'oxyde de thorium (diagnothorine). Sous écran, ils ponctionnent la caverne et injectent 10 à 40 cm³ de cette solution qui précipite, dessine parfaitement les contours et montre, dans la majorité des cas, la pluralité des bouches de drainage. Les auteurs insistent sur la parfaite innocuité de la méthode.

Anémie splénique hémolytique et ictère hémolytique. — MM. Ed. Doumer, A.-E. et M. Verhaeghe. Chez un malade de 40 ans, on vit un syndrome clinique et hématologique d'anémie splénique hémolytique évoluer en 8 mois vers le tableau de l'ictère hémolytique. Après splénectomie (2 kg. 500), guérison clinique et hématologique. L'examen histologique montra une rate d'ictère hémolytique typique.

Les modifications de la phosphorémie sous l'influence de l'acide ascorbique et de la désoxycorticostérone. — MM. H. Warembourg, P. Boulanger, M. Fontan et H.-R. Pirou. L'ingestion de 300 mg. quotidiens d'acide ascorbique abaisse les phosphores sériques lipidiques élevés et relève ceux qui sont bas.

7 jours d'injection de 10 mg. de désoxycorticostérone diminuent les phosphores minéraux et lipidiques tandis qu'ils augmentent le phosphore total. Il semble ici se produire abaissement du phosphore minéral et lipidique par hyperhydrémie et accentuation du phosphore total par transfert globulo-plasmatique.

Maladie de Besnier-Bœck-Schaumann à forme oculo-pulmonaire. — MM. A. Breton et Ch. Dehorter. Evolution progressive et grave de ce cas datant de 4 ans. Cécité actuelle. Réticulose pulmonaire sévère. Les auteurs insistent sur l'absence de contrôle histologique cutané et ganglionnaire dans ces formes bisymptomatiques, sur l'importance du test oculaire et la malignité de ce type dont ils ont retrouvé dans la littérature 4 observations analogues.

Utilisation de greffons costaux dans le traitement de scolioses avec gibbosité costale importante. — MM. P. Swynghedauw, E. Lainé et V. Renard. Il s'agit d'un procédé thérapeutique qui vise à réduire du point de vue esthétique la gibbosité costale des scoliotiques, par résection costale (moitié postéro externe des côtes les plus saillantes). Les fragments costaux sont utilisés comme matériel prothétique de greffe de la courbure rachidienne.

Deux avantages techniques essentiels sont à retenir. Le champ opératoire est localisé à une seule région (avantage sur le prélèvement d'un greffon tibial ou autre pour la greffe). En second lieu, les segments costaux réséqués constituent autant de greffons incurvés très résistants qui s'adaptent parfaitement à la concavité de la courbure rachidienne.

Volumineuse tumeur maligne primitive du bassinet gauche. — MM. Macquet, Driessens, Lafrance et Wemeau.

Maladie d'Hodgkin à forme médiastinale chez un enfant de 6 ans. Image radiologique d'énorme hypertrophie thymique. Aucun signe de compression, ni dyspnée. — MM. Christiaens, Balezeaux, Gautier et Julien Pierret.

Syndrome d'atélectasie pulmonaire du lobe supérieur gauche par tumeur latéro-hilaire. — MM. Vandendorp et J. Paris.

Nerf obturateur et hanches douloureuses. — MM. G. Vandecasteele et Merlen.

Sciatique par schwannome de la queue de cheval. Ablation. Guérison — MM. Decoulx et Omez.

R. Pierret.

NÉCROLOGIE

Antonin Gosset

(1872-1944)

Pour montrer, dans sa forte complexité, un homme supérieur, et, dans leur enchaînement continu ou capricieux, les raisons d'un prestige et d'une réputation considérables, il faudrait presque toutes les pages de ce journal. Tenu au délai et aux abréviations, l'on peut craindre de rester un peu trop éloigné du modèle et de ne donner de celui qui eut tant de relief et de couleur qu'un croquis inachevé.

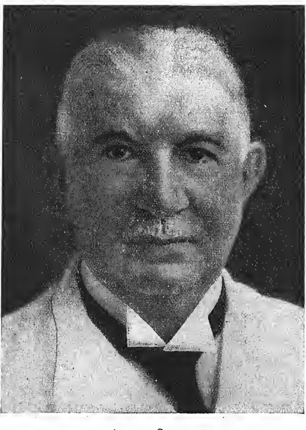
Antonin Gosset, qui, pendant le tiers d'un siècle, a été l'un des illustres chirurgiens de France et du monde, avait à l'ordinaire une élocution douce, pressée, prenante, que je voudrais d'abord faire entendre à ses familiers, en le laissant rappeler lui-même sa présentation : « Je suis né en 1872, le 20 Janvier, à Fécamp, charmant petit port de pêche sur la Manche, où mon père exerça avec talent et dignité, pendant près de trente ans, la noble profession de médecin. Ma mère, femme admirable, courageuse et optimiste, descendait des montagnards de la Lozère, cette race que les Romains n'ont pu soumettre et qui s'était réfugiée dans ses montagnes pour fuir l'envahisseur... »

La première inscription du jeune étudiant, à la Faculté de Médecine de Paris, fut prise en Novembre 1889. Les services d'hôpital où il fréquenta d'abord furent ceux de Benjamin Anger à Cochin, de Hanot à Saint-Antoine. Et ensuite, comme il devait l'écrire « les différents échelons ! » Externe des hôpitaux, en 1891 et 1892, chez le Prof. Guyon et chez le Prof. agrégé Lancereaux ; interne, de 1894 à 1898, chez les Prof. Tillaux, Reclus, Guyon et Terrier ; aide d'anatomie en 1896 ; prosecteur en 1897 ; interne médaille d'or en 1899 ; docteur et chef de clinique en 1900 ; agrégé de chirurgie en 1901 ; chirurgien des hôpitaux de Paris en 1903 ; chirurgien chef de service en 1912 ; professeur de pathologie chirurgicale en 1919 ; professeur de clinique en 1920 ; membre de l'Institut en 1935.

Comme il n'était pas fait pour construire dans les nuées ou demeurer en un rang obscur, l'étudiant avait su se résoudre, avec énergie, à la monotonie des apprentissages et des gammes. Très vite, il était devenu un candidat si insurpassable que le compliment « concourir comme Gosset » devait rester assez longtemps une sorte de consécration. Si les étapes de sa carrière ont été d'une facilité exceptionnelle, chaque fois il en eût pu faire excuser la rapidité par son évidente prééminence ; mais une accélération aussi écrasante ne s'épargne que rarement les inimitiés déclarées ou voilées de la jalousie. Qu'est-ce, lorsque l'allure enivre un peu le vainqueur et que ses succès de puissance l'emportent encore, jusque dans son esprit, sur les victoires d'université ou les honneurs? Le lutteur robuste que fut A. Gosset ne se révolta guère contre les criailleries et les contestations. Elles lui semblaient être la rançon fatale de l'élévation, ne devoir atteindre que les meilleurs et ne pouvoir venir que de ceux qu'aigrit secrètement leur infériorité ou leur paresse. Lui aussi eût aimé à dire des injures « qu'elles étaient les instruments de sa chevalerie ». Par une autre heureuse disposition de son caractère ou une précaution de sa volonté d'équilibre, il lui était presque aussi facile d'oublier les attaques que de ne les point connaître : « On m'a laissé deviner que j'étais parfois fortement critiqué. Le contraire m'eût étonné. Mais je l'ignore réellement, car ces critiques, jamais personne ne les a formulées devant moi. »

En préférant, dès le début, à la vie de concentration, l'ivresse d'action et de commandement, il s'exposait aux désillusions et aux rudesses des conflits. Il y était sans dilettantisme et sans masque. Au plus haut de sa gloire et de son infatigable activité, quand elles eussent pu l'isoler dans un orgueil dédaigneux ou quelque ostentation d'indifférence, il avait la simplicité de rechercher les compétitions, d'admettre des adversaires et il trouvait curieusement le loisir de quelques changeantes antipathies.

Quand il songea à se raconter, il lui plut de rattacher à un grand spectacle marin entrevu dans sa jeunesse l'impassibilité évasive et le silence redoutable dont on a pu le voir, pendant bien des orages, cuirasser soigneusement son impatience. Il avait regardé à quinze ans, un jour d'équinoxe d'automne, un beau bateau de pêche de son pays, toutes voiles dehors, venu de l'horizon « en volant littéralement



Antonin Gosset.

sur la mer » et qui cherchait, par une violente tempête, à franchir l'entrée du port de Fécamp. Deux fois, cinq fois, dix fois, le capitaine, par crainte d'être brisé, avait dû renoncer, virer vite de bord, s'éloigner, revenir, et de plus en plus ballotté, lutter encore. Soudain, jugeant le moment décisif, il s'était engagé hardiment dans la passe et avait abordé. Quand ce passionnant combat contre les périls et la mort fut terminé, le jeune spectateur, que l'audace et la maîtrise du capitaine avaient déjà conquis, n'eut d'yeux que pour les marins du pont et les marins du port dont les deux groupes, par leur stoïcisme symétrique et muet, venaient brusquement de l'instruire et de le fortifier pour la vie.

***

Les contrastes chez lui parurent tôt. Loin de se contrarier et de le diviser ou disperser, ils semblaient importer à un maintien et à une force d'unité auxquels il tenait visiblement.

Parce qu'il fut reçu premier à l'externat, puis premier à l'internat moins de deux ans après, prosecteur en première année d'adjuvat, chirurgien des hôpitaux et agrégé à 29 et 31 ans, les classificateurs moroses, qui tiennent à leurs restrictions ou leurs dénigrements eussent pu proclamer fort en thème et voué aux abstractions, au dessèchement de l'étude et de l'enseignement, celui qui devait, au contraire, se faire admirer comme un prodigieux homme d'action.

A ceux qui s'étonneraient qu'au soir d'une vie toute remplie de bien d'autres triomphes, il pût rappeler dans une autobiographie, cinquante ans après ses tout premiers brillants concours, les questions choisies alors par les juges, on pourrait opposer qu'il ne se souvenait pas moins, à égale distance, de la dure leçon que lui avait infligée la mort de sa première opérée de cholécystite.

Antonin Gosset ne passa jamais pour croire beaucoup ou se plaire aux développements théoriques; mais il n'avait pas fallu six conférences du jeune agrégé Tuffier, en 1889, pour orienter l'étudiant normand de première année et lui révéler sa voie. Celui-ci disait avoir compris, sur un gradin d'amphithéâtre, « que la chirurgie devait être placée au-dessus de tout. » Conviction qu'il n'a jamais songé à nuancer ! Vingt-cinq ans après, quand il fut admis dans les assemblées professorales, contre lesquelles il avait été, avec verve, d'une sévérité presque agressive, nul ne s'y montra plus ponctuel et moins sceptique.

Pour saisir encore quelqu'une de ses riches contradictions, l'autocrate qu'aux yeux de beaucoup il risquait de paraître, « le roi », qu'il se disait, en riant, heureux d'être peu à peu devenu dans sa spécialité, avait été, pendant dix ans, auprès de son maître Félix Terrier, avec des attentions, des prévenances filiales, l'aide le plus respectueux, le second le plus dévoué et le moins impatient. Enfin, pour contredire ceux qui pensaient qu'il n'avait jamais eu que soi comme confident et que sa vie pour spectacle, les émotions et la fidélité de son cœur, avec son maître d'autrefois, avec des amis perdus comme Robert Proust et ses compagnons d'élection, Roussy, Laubry, Guillain, ont témoigné d'une sensibilité délicate, mais experte, dans le mouvement des journées, à se couvrir aisément de souriante satisfaction ou d'expédiente aménité.

***

La réputation de Gosset avait commencé par une action d'éclat. Alors qu'il était interne, en 1898, à l'hôpital Bichat, on l'avait appelé un soir vers huit heures pour un grave blessé. C'était Olivier, le secrétaire général du journal *La Lanterne*. Mme P. avait déchargé sur lui un de ces revolvers dont les phases aiguës de l'affaire Dreyfus multipliaient les interventions. Aidé par son collègue Cunéo, l'interne pratiqua une cœliotomie, obtura, avec des soins bientôt célèbres, 9 perforations intestinales, et, mesurant, dès cette date, l'importance que la Presse peut attacher utilement à un acte ou à un nom, s'inquiéta, avec quelque nervosité, des suites d'une opération dont la nouvelle allait être très affichée. Mais son coup d'essai avait été un coup de maître : il avait guéri son patient. Ce résultat pouvait, alors, passer pour une prouesse authentique. Longtemps après, il ne se félicitait pas moins d'avoir tout ensemble sauvé la victime et préparé l'acquittement de la coupable. De même, cet événement, en apparence fortuit, allait être aussi bien l'une des causes et l'une des images d'une réussite vite extraordinaire et, presque jusqu'au bout, un peu publiée.

De tous les rôles que notre illustre collègue a tenus, avec une autorité si magistrale, ceux d'opérateur et d'organisateur ont plus spécialement suscité et révélé ses apports essentiels.

Sa distinction d'opérateur était très grande. Il allait aux viscères sans paraître se presser, mais vite. Il les saisissait avec une délicatesse naturelle et exquise qui se distinguait supérieurement de cette douceur par trop démonstrative qu'on a vue à quelques-uns, ou de cette douceur de timidité qu'on a vue à d'autres. Pour faciliter les temps de l'exérèse et débarrasser une lésion des adhérences gênantes, il maniait les pinces à disséquer et les ciseaux en virtuose, qui n'en est plus à se faire admirer, et en artiste, qui a su préférer d'emblée la sobriété et la pureté des gestes à leur emphase ou leur désinvol-

ture. A le voir simplement éponger une plaie opératoire, on s'instruisait d'une grâce de raffinement et de ménagement dont les tissus humains ne sont pas obligatoirement gratifiés. Jamais d'irascibilité brutalisante, d'incertitude désordonnée, de simplification ou d'improvisation aventureuses; en quelques temps qu'on eût dit harmonieusement liés, son discernement perçant et sa minutie ramenaient à des problèmes ordinaires et à ce qu'il appelait une « systématisation presque mathématique » les situations en apparence les plus confuses. Son aisance surtout et une prestesse dégagée faisaient régulièrement croire faciles et bien choisis des cas qu'en d'autres mains on eût jugés ardus.

L'expression de son visage, quand il opérait, s'accordait toujours avec les gestes sûrs et rapides de ses doigts. D'ailleurs il était très disposé à croire qu'un contrôle soigneux des attitudes et des manières n'est pas sans influencer, même chez un chirurgien, les mouvements de l'âme et leur rythme le plus profond. La difficulté ne le crispait ni ne le courrouçait. Son application cachait, puis dissipait ses craintes. Sa confiance, son assurance étaient justifiées, car il avait toutes les qualités des opérateurs les plus heureux : une intelligence fertile en solutions, une circonspection qui n'était point pusillanimité, une habileté sans brusquerie ou négligence, un bon sens infaillible, une disponibilité empressée. Ses malades lui devaient plus encore. Son optimisme, en effet, était si égal qu'il en devenait vivifiant. Sa hâte elle-même, que tant d'occupations importantes et tant de responsabilités eussent pu irriter, restait généralement si éclairée par le plaisir d'agir que chacun pouvait croire avoir eu le meilleur de lui et lui savait gré de ses moindres minutes.

A. Gosset opérait dans trois ou quatre cliniques. A son estimation précise du temps et à l'austérité de ses soirs, il devait de prolonger brillamment cet apparent défi au surmenage qu'était chacune de ses journées. Après 8 ou 10 opérations, presque tous les matins, il allait, du même pas, dans les chambres où l'attendaient d'illustres personnages ou de riches personnes, puis vers les salles où sont rassemblés les patients le moins fortunés. Il différait, en général, les gracieuses effusions qu'attendent, de leur médecin ou de leur chirurgien, bien des alités ; mais du magnétisme d'un regard ou de celui de quelques mots, il savait exhorter très efficacement.

Avec son génie de direction, d'organisation et d'entraînante impulsion, avec une charité qui eût rougi de ne s'exprimer que par des phrases, Antonin Gosset avait préparé, à la Salpêtrière, aux malades les plus déshérités, un service incomparable, un confort, une limpidité d'hospitalisation et des ressources de laboratoires, qu'une administration généralement économe, presque prodigue cette fois, avait été heureuse de lui accorder et s'enorgueillissait de faire admirer. Si l'on songe, devant cet ouvrage réussi, à tout ce que son auteur dut entreprendre, de ministère en ministère, contre la routine, le protocole ou l'effarement, puis solliciter et recueillir, de mécène en mécène, enfin arracher quotidiennement à l'incompréhension et à la lenteur, on mesure l'admirable tâche accomplie et l'on peut applaudir la charmante fierté qu'il en laissait voir. Sur ces murs qu'il a transformés et entre lesquels, pendant six lustres, il a formé plus de 100 excellents opérateurs, montré les bienfaits de la chirurgie à des milliers d'étudiants et surveillé le traitement de plus de 100.000 malades, son nom devrait éternellement rester ou reparaître. Les générations, en le répétant, s'enquerraient de ses titres et vénéreraient en lui l'enthousiasme et l'opiniâtreté d'un grand réalisateur.

Un tel maître attirait beaucoup d'élèves. Il n'en bouda que peu. Quelques-uns venaient à lui guidés par le bruit de sa notoriété ; d'autres comptaient sur son irrésistible dynamisme et son influence ; les meilleurs rêvaient d'approcher de sa flamme et d'imiter ses talents. Quant aux moins distingués, ils aspiraient surtout à s'instruire des conditions d'une réussite viagère, qui ne cachait, il est vrai, ni ses fastes ni son contentement.

Lorsque le chirurgien de la Salpêtrière parlait, à d'autres juges, de ses élèves, il les classait avec une si libre objectivité et des qualificatifs si divers, qu'il fallait bien imputer, à son orgueil de chef, à son patronat exigeant, plutôt qu'à une aveugle tendresse, le zèle qu'il mettait presque toujours à les défendre et les vouloir couronnés. Il y gagnait, répétait-il, de ne pas s'être étonné longtemps, dans une ample expérience des concours, que la gratitude des vainqueurs se prolongeât un peu moins que l'amertume rancunière des vaincus.

Dans le service imposant où s'affrontaient, comme partout, des rivalités ombrageuses, il régnait sans effort, parce qu'en toutes circonstances, il avait, sur les interlocuteurs, de saisissants avantages de lucidité, de rapidité, de décision, et qu'il ne parlait jamais confusément.

***

Il lui arrivait, quand il se tournait un instant vers soi-même, de regarder sa vie, tendue entre deux dates qu'il jugeait importantes : celle de l'apprentissage du courage sur la rade de Fécamp et celle de l'épanouissement de puissance, dans ces magnifiques salles de la Salpêtrière où il passait avec une double auréole de constructeur et d'insigne chirurgien. L'amour ébloui de son métier lui réservait parfois des satisfactions presque naïves. Il aimait à montrer, représentés par l'artiste, sur les cartouches de l'épée qui lui fut offerte, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, d'un côté le port natal, de l'autre l'hospice célèbre : « Le départ et l'arrivée ! », précisait-il. A n'en pas douter, la vie, pour lui, était une ascension ininterrompue, victorieuse, et non pas, aux terrasses tranquilles, une occasion de rêveries ou de spiritualité.

Antonin Gosset était dominateur, mais sans infatuation. Il parlait assez souvent de quelques autres et de lui-même avec des rapprochements familiers ou des oppositions sans morgue. Il a même pu tracer cette ligne d'une émouvante modestie : « J'ai été très attaqué dans ma vie et quelquefois bien injustement. » Moins persuadé de ses propres mérites que des prestiges de l'art chirurgical et tout émerveillé, au long de sa carrière, de son heureuse vocation, il a eu, quand il a écrit, dans des pages émues mais expéditives, sur Dupuytren, Terrier et l'inconnu qu'il se risquait à appeler le chirurgien idéal, trois occasions presque solennelles de nous instruire des qualités qu'il préférait et sans doute de celles qu'il se connaissait. Parmi elles, il prônait surtout une adresse élégante, un coup d'œil sûr, des gestes doux, mesurés, efficients, un entrain et une pure conscience d'artisan, la mémoire vigilante des échecs et cette force qu'il voulait bien dire indéfinissable : l'autorité. Il est permis de regretter, dans cet étrange portrait du chirurgien dit imaginaire auquel il s'était plu, qu'un homme de cerveau si clair, si prompt, si brillant et si préservé des mirages n'eût pas fait toute leur place à l'intelligence, à l'imagination, à la science clinique, aux vertus didactiques, à la curiosité passionnée, aux découvertes originales, à l'invention et à cette aristocratie de désintéressement, dont il sut, avec magnificence, à la Salpêtrière, faire la preuve.

Mais il était bien loin de se détourner avantageusement des qualités des autres. Nul ne se souciait moins de consentir, à force de solitude, « à ne penser que comme soi ». Il savait louer avec à-propos et avec chaleur. Jusqu'à ses avant-dernières années, il avait gardé une spontanéité d'élan et d'admiration, qui entrait dans son art de la vie et le conduisait quelquefois, pour de brusques compliments ou même une alliance, vers des hommes plus jeunes que lui.

Comment ne pas songer aux dons exceptionnels que son humeur conquérante et sa volonté d'être le plus demandé des chirurgiens parisiens ont un peu laissés dans l'ombre : son acuité d'observation, son esprit critique à la fois ingénieux et sensé, son goût juvénile du progrès, une sagacité si pratique, sa lumineuse simplicité d'exposition ?

Bien que les travaux purement scientifiques n'aient pas retenu le meilleur de son temps, on peut espérer que son action dans certaines questions, *chirurgie des voies biliaires, curiethérapie de certains cancers, transfusion sanguine*, ne sera pas oubliée ; mais l'avenir retiendra plus sûrement ses belles contributions aux problèmes de l'*ulcère peptique*, de la *cranioplastie par volet cartilagineux*, des *greffes nerveuses*, des *plaies de l'abdomen*. Avec Binet et Petit-Dutaillis, il a introduit en France, parmi les soins médicaux à donner aux malades atteints ou opérés d'occlusion intestinale, l'usage du *chlorure de sodium en solution hypertonique*. Avec Ivan Bertrand, il a fait une des solides études sur les *schwannomes de l'estomac*.

Si la place de cette notice permettait quelque étendue d'analyse, bien d'autres aspects de cette vie éminemment utile et peut-être incomplètement satisfaite pourraient être évoqués : ceux de l'académicien fixement attentif, du congressiste majestueux, du président d'assemblée, de l'animateur très entouré, de l'ambassadeur de son propre royaume, du châtelain épanoui, de l'ami du pouvoir, du politicien déçu, du convive tout occupé d'anecdotes, etc. Quelle intime qualification se donnait-il ? Sa plénitude d'importance, si heureuse d'être reconnue, s'imposait-elle autant à lui-même ? Parfois il semb'ait presque heureux d'oublier le personnage imposant qu'il avait voulu être et souriait à d'autres possibilités. Son plaisir d'autorité ne le privait pas toujours de celui d'être influencé, détourné de soi, et le devoir ne lui paraissait pas obligatoirement rectiligne.

Cet homme que l'animosité durcissait brusquement dans la froideur et le mutisme avait, en retour, bien des fois, de confiantes détentes, pendant lesquelles les feux de son esprit, assez facilement échauffé, étincelaient dans son regard autant que dans la fantaisie de récits bondissants. Il contait à merveille, préférant à l'ordinaire les raccourcis vifs, les intonations pressantes, mais ne haussant presque jamais le ton. Qu'il eût choisi un laconisme pittoresque ou bien les développements d'un abandon imprévu, il disposait, pour intéresser, divertir ou convaincre, d'une mémoire que rien n'avait distrait de la vie, d'un humour si retenu qu'il semblait presque involontaire et d'une assez fascinante séduction. Une sorte d'alacre courtoisie ou d'impérieuse certitude ajoutait parfois à l'emprise. Par contre, il lui arrivait, sans changer sensiblement d'expression, de donner son assentiment avec sécheresse ou, quand sévissait un fâcheux, de contredire avec une sérénité féline.

***

Une maladie particulièrement funeste à qui, en science chirurgicale, avait surtout célébré les mains, l'organisation et le travail d'équipe, attrista sa retraite. On le vit, septuagénaire immobilisé, accorder désormais aux livres et aux écrits une attention que son intrépidité agissante leur avait dérobée. Son courage et son optimisme ne cédèrent pas. Il envisageait quelques arrangements de l'avenir, abondait en projets et cherchait à récupérer peu à peu ce que le mal lui avait pris. Jusqu'en ces incertains efforts, A. Gosset, sans découragement, se souciait de constance et de méthode. Chaque jour, par d'humbles exercices, il obligeait patiemment ses belles mains à redevenir agiles et précises. En toute simplicité, le maître souffrant se faisait apprenti.

***

Il mourut, quand la France renaissait.

Comme s'il eût pris soin de mieux assurer un nom que ne menace ni l'ingratitude ni l'oubli, il le laisse à un fils digne de l'honorer encore.

H. Mondor.

Livres Nouveaux

Régimes des hépato-biliaires, par G. Parturier, professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille, et Ed. Pozerski, professeur à l'Institut Pasteur de Paris. 1 vol. 16,5×25 de 150 pages (*Maloine*, éditeur), Paris, 1943. — Prix : 75 fr.

Après une étude analytique des régimes des hépato-biliaires, des aliments interdits et des aliments autorisés, des modalités de l'alimentation, Parturier et Pozerski exposent les formes particulières des régimes hépato-biliaires dans les diverses maladies et les divers syndromes, et l'articulation des régimes avec le reste du traitement. Un chapitre intéressant est consacré aux erreurs de régime et à leurs retentissements. Enfin, un important chapitre envisage la cuisine des régimes hépato-biliaires : aliments crus, cuisson des aliments, ordonnance des repas. Ce livre, essentiellement pratique, tient compte cependant des acquisitions scientifiques les plus récentes, comme celles sur les vitamines, les syndromes hépato-carentiels et hépato-endocriniens, et réalise une combinaison intéressante de ces divers points de vue.

L. Rivet.

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Cabinet du Ministre

Les arrêtés du 25 Septembre et du 16 Novembre 1944 fixant la composition du cabinet sont complétés comme suit :
Chargés de mission : MM. le docteur BAISSETTE, BOLLAK.
Attachés de cabinet : MM. le médecin commandant ZIMMERN, le médecin lieutenant PEQUIGNOT, le pharmacien capitaine CEZILLY.

COMITÉ DE COORDINATION des Conseils départementaux des Médecins de la Région parisienne

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1944.

Nouvellement reconstitué, le Comité de Coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne a tenu sa première séance le 19 Novembre 1944 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris (6e).

A l'unanimité ont été élus : Président, le docteur TISSIER-GUY (Seine) ; vice-présidents, les docteurs ROUZAUD (Seine-et-Oise) et PELBOIS (Seine-et-Marne) ; trésorier, le docteur DUVELLEROY (Seine). Les docteurs DROUET et COQUIN ont été désignés respectivement comme secrétaire général et secrétaire administratif.

Après avoir procédé aux désignations des représentants du Corps médical de la région parisienne dans divers organismes officiels, le Comité de coordination a examiné la question du réajustement des honoraires minima nécessité par la hausse du coût de la vie survenue au cours de l'année 1944. Les relèvements intervenus seront communiqués en temps utile aux confrères par les soins de chaque Conseil départemental.

Il a été décidé de continuer la politique d'entente et d'étroite collaboration avec les Caisses d'Assurances Sociales et de reconduire la convention qui, depuis Avril 1942, lie le Corps médical de la région parisienne avec l'Union des caisses. Conformément à l'article 4 de cette convention relatif aux honoraires, il sera demandé une fois de plus aux confrères, médecins, chirurgiens et spécialistes de ne pas dépasser le taux des honoraires minima lorsqu'ils soigneront des assurés sociaux de condition modeste.

En ce qui concerne les Sociétés de secours mutuels, il sera demandé à ces Sociétés de signer des conventions analogues à celles qui lient le Corps médical avec les Caisses d'Assurances Sociales.

Le reste de la séance a été consacré à l'application de la loi du 21 Décembre 1941 dans les hôpitaux publics de la région parisienne, aux honoraires médicaux dans les hôpitaux privés, au fonctionnement de la médecine du travail dans la région parisienne et au relèvement désirable des honoraires en matière d'assistance médicale gratuite, d'accidents du travail et de soins aux pensionnés de l'article 64.

Création d'un Corps des Médecins de la Santé EN ALGÉRIE

Voici les principales dispositions du décret du 16 Novembre 1944 qui vient de paraître :

Il est créé en Algérie un corps de médecins de la santé recrutés par concours pouvant occuper, selon leur grade et leur spécialisation, un des emplois énumérés ci-dessous.

— Le cadre des médecins de la santé comporte les grades suivants : Médecin en chef de la santé. Médecin principal de la santé. Médecin de la santé.

— Les *médecins en chef de la santé* peuvent occuper les fonctions de . 1° Médecins chefs de service de la direction de la santé publique au gouvernement général ; 2° Médecins directeurs départementaux de la santé.

L'exercice de la clientèle privée est interdit à ces médecins.

— Les *médecins principaux de la santé* peuvent occuper les fonctions de : 1° Médecins adjoints aux médecins directeurs départementaux de la santé ; 2° Médecins de secteur ; 3° Médecins directeurs des bureaux municipaux d'hygiène des villes, chefs-lieux de département ; 4° Médecins chefs de laboratoire ; 5° Médecins chefs du service sanitaire maritime.

— Les *médecins de la santé* peuvent occuper les fonctions de : 1° Médecins chefs de circonscriptions médicales d'assistance ; 2° Médecins directeurs des bureaux municipaux d'hygiène des villes de plus de 50.000 habitants, autres que les chefs-lieux de département ; 3° Médecins chefs de laboratoire ; 4° Médecins chefs d'équipe sanitaire mobile ; 5° Médecins d'un service d'assistance médicale ou d'hygiène publique.

L'exercice de la clientèle privée est autorisé sous certaines conditions.

Des arrêtés fixeront le statut des médecins de la santé, les conditions de nominations, les conditions de fonctionnement de laboratoires et d'exercice de la clientèle.

(*J. O.* du 18 Novembre 1944.)

Dispositions en faveur des Étudiants engagés dans l'armée

Par extension des dispositions du décret du 26 Juin 1944, et afin de leur permettre de subir le plus rapidement possible leurs examens cliniques et de soutenir leur thèse, la dispense de la 6e année d'études est accordée aux étudiants en médecine ayant contracté, à la fin de leur 5e année d'études, un engagement dans l'armée.

(*Circul. du* 9 *Novembre* 1944, *Ens. sup.*)

Comité National de l'Enfance

Sous la présidence de M. le ministre Billoux, le jeudi 9 Novembre, le Comité national de l'Enfance a organisé au ministère de la Santé publique une grande séance d'études consacrée à la question vitale du *problème du lait au point de vue hygiénique et sanitaire.*

Sous la présidence du docteur E. Lesné les personnalités suivantes ont pris la parole: M. Guittonneau, M. Thieulin, M. Houdinière, M. Baquiast, Dr M. Lelong et le Dr et Mme le Dr Rossier.

Puis le major Macy (du Corps de santé américain), professeur de bactériologie à l'Université de l'Etat de Minnesota, a indiqué comment avait été résolue la question aux Etats-Unis, le médecin commandant Perles lui servant obligeamment de traducteur. Le major général Paul Ramsay Hawley assistait à la séance.

Caisse d'Assistance Médicale de Guerre

L'Association générale rappelle l'existence de sa caisse d'Assistance médicale de guerre qui apporte son aide confraternelle si nécessaire aux médecins ou à leur famille victimes de la guerre, dont le nombre est si grand, hélas !

Les confrères désireux d'aider cette vieille Association dans son rôle bienfaisant sont priés d'adresser leurs dons, en argent ou en nature, à l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-7e (Compte-courant postal : Paris 186-07).

Fédération Nationale des Médecins du Front

Le Comité Provisoire de la Fédération Nationale des médecins du front a adressé, le 29 Septembre 1944, au nom des 3.500 médecins de la guerre 1914-1918 et de la guerre de 1939 groupés dans ses associations, une motion au général de Gaulle dans laquelle il lui manifeste sa gratitude « pour avoir, par son génie prophétique, par sa foi nationale, par la continuité de ses efforts, rendu à la France et son drapeau et sa liberté », et lui exprime son dévouement.

Le 11 Novembre les membres du Comité ont déposé une gerbe devant le monument aux morts de la Faculté de médecine, cérémonie au cours de laquelle le président M. de Parrel a prononcé une émouvante allocution.

Le 15 Novembre, à 18 h. 30, une délégation de la Fédération a ravivé la flamme sous l'Arc de Triomphe. Le geste symbolique a été exécuté par M. Vizioz dont l'un des fils vient récemment de tomber au champ d'honneur en Italie.

Répartition de l'Insuline

Le Centre répartiteur de l'insuline communique ce qui suit :
« L'amélioration du ravitaillement en insuline permet désormais d'accroître la dotation d'insuline d'un certain nombre de malades et, d'autre part, d'admettre au bénéfice de l'insulinothérapie un certain nombre de malades qui en avaient été privés (diabète sans complications ; psychopathies, etc.). Les malades sont priés d'adresser au centre répartiteur (hôpital Saint-Antoine, 184, Faubourg-Saint-Antoine, Paris) des demandes accompagnées de certificat justificatif et d'analyses d'urines récentes.

La mesure en question n'a trait qu'à l'insuline ordinaire, la pénurie d'insuline-protamine-zinc obligeant à se montrer très ménager de ce produit. »

Prix de l'Académie des Sciences

Extraits de la cinquième liste des prix et subventions.

FONDS GÉNÉRAUX DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES.

Fondation Jérôme Ponti (5.000 fr.). — M. JACQUES POCHON, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Garches, pour ses études des bactéries cellulolytiques.

Fondation Loutreuil. — 5.000 fr. à M. JEAN BABLET, chef de service aux Laboratoires des Instituts Pasteur d'Outre-Mer, pour l'établissement de dessins et photographies de lésions histologiques des centres nerveux. — 25.000 fr. à M. PAUL BONÉT-MAURY, chef du Laboratoire des ultra-virus à l'Institut Alfred-Fournier, pour l'achat de matériel destiné à ses travaux. — 10.000 fr. à M. MAURICE FONTAINE, professeur au muséum national d'histoire naturelle, pour l'achat d'un électrophotomètre et d'un dispositif de mesures de fluorescence. — 6.000 fr. à M. LOUIS SALOMON, docteur-vétérinaire, pour l'achat et l'entretien d'animaux venimeux divers. — 5.000 fr. à la *Société de pathologie comparée*, pour la publication de son *Bulletin* dans la Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale.

Fondation Mme Victor Noury. — Un prix de 3.000 fr. est décerné à feu FERDINAND GIDON, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Caen, auteur de recherches d'entomologie et de paléobotanique.

Fondation Villemot. — Une subvention de 15.000 fr. est accordée à M. RAYMOND JACQUOT, directeur du Laboratoire de biochimie de la nutrition à l'Ecole normale supérieure, pour l'achat d'une étuve Jouan. — 20.000 fr. à M. BERNARD NINARD, docteur en médecine, pour la publication de sa *Monographie des tumeurs du foie.* — 10.000 fr. à M. ALBERT PEYRON, professeur à l'Institut prophylactique, pour ses recherches sur le rôle de la gémellité tératologique et de la parthénogénèse dans le développement des tumeurs.

École africaine de Médecine

Le médecin-colonel ASSALI, du corps de santé colonial, est nommé *directeur* de l'école. Le capitaine d'administration CARBOU, du service de santé colonial, est nommé *économe.*

(*J. O.* du 25 Novembre 1944.)

Bourses Familiales du Corps Médical

(FONDATION DU Dr ROUSSEL.)

Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'association générale des médecins de France par le Dr ROUSSEL a tenu ses séances en Juillet. 38 demandes ont été examinées. 15 bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille.

Université de Paris

BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. l'Inspecteur général des Bibliothèques, administrateur de la Bibliothèque de l'Université et le Bibliothécaire en chef de la Faculté de Médecine de Paris font appel à tous les membres du Corps Médical qui pourraient contribuer à la constitution, à la Bibliothèque de la Faculté, d'une collection, aussi complète que possible, des publications et périodiques médicaux (*Médecin français*, etc.) publiés pendant la période d'occupation dans la clandestinité ainsi que de photos, articles, affiches, etc., pouvant illustrer l'action du Corps de Santé de 1940 à 1944.

***

Difficultés d'accueil des Étudiants à Paris

Un grand nombre d'étudiants des Universités sinistrées, et en particulier de l'Académie de Caen, viennent à Paris pour y poursuivre leurs études. Or, l'Académie de Paris est actuellement surpeuplée et ne peut plus satisfaire à une telle affluence. Les difficultés de logement, en particulier, y sont très grandes.

Pour l'Académie de Caen, dont les conditions sont plus particulières, des mesures ont été prises, mesures qui sont valables pour toutes les académies.

1° Selon les règles, les étudiants de la région académique devront être immatriculés au siège de l'académie.

2° Ceux qui préparant un travail scientifique ou les concours d'agrégation n'auront point sur place les moyens de travail suffisants, seront invités à suivre les cours et conférences des Facultés de Paris, moyennant double autorisation signée par le professeur qui dirige leurs études et par le doyen de leur Faculté.

Sauf dans les cas précités, il reste à déconseiller formellement aux jeunes gens qui n'ont pas encore commencé leurs études de venir s'inscrire à Paris.

(*Circul. du* 13 *Novembre* 1944, *de la Direction générale de l'Enseignement.*)

***

Conseil de Faculté. — Le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris a procédé, dans sa séance du 23 Novembre 1944, à l'élection de M. GUY LAROCHE au titre de Professeur sans chaire.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (1, rue Cabanis). — M. JEAN DELAY, agrégé, a commencé le 12 Novembre, à 10 h. 30, une série de leçons sur *la pneumo-encéphalographie en psychiatrie.*

Programme des leçons : I. Les grands syndromes encéphalographiques. Pneumo-encéphalographie et électro-encéphalographie. II. L'encéphalographie dans la maladie de Pick. III. L'encéphalographie dans les démences toxi-infectieuses (paralysie générale, démence alcoolique, démence oxycarbonée, etc.). IV. L'encéphalographie dans les oligophrénies. V. L'encéphalographie dans les épilepsies. VI. L'encéphalographie dans les délires chroniques. VII. L'encéphalographie dans la psychose maniaco-dépressive. VIII. L'encéphalographie dans les psychoses schizophréniques. IX. Le syndrome biologique de l'encéphalographie. X. La pneumothérapie cérébrale.

Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie. — COURS DE PERFECTIONNEMENT EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'HYGIÈNE. — Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend : 1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 8 Janvier à 14 h. 30 pour la bactériologie et le lundi 5 Mars à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-Juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme. Le cours n'est ouvert qu'aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine n'ayant plus que la thèse à soutenir.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté (bactériologie : 400 fr. ; parasitologie : 150 fr.). — *Cours d'hygiène :* Immatriculation : 300 fr. ; Bibliothèque : 200 fr. ; Droit de laboratoire : 350 fr. ; Examen : 200 fr. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène, Ecole pratique, escalier D, 2e étage.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lille. — Sont chargés provisoirement des fonctions suivantes : chef de travaux : Mlle COCHET ; chef de travaux d'histologie : M. GINESTE ; chaire d'histologie : M. MOREL ; chaire d'anatomie : M. DEBEYRE.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. BOURRET est titularisé dans ses fonctions de chef de travaux de médecine légale.

École préparatoire de médecine d'Angers. — M. DÉNÉCHAU, professeur de clinique médicale, est chargé provisoirement de la direction de l'école.

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. BUREAU, professeur titulaire de médecine opératoire, est transféré, à dater

du 1er Novembre 1944, dans la chaire de clinique chirurgicale.
— M. VERGNE est institué, à dater du 1er Novembre 1944 et pour une période de 9 ans, professeur suppléant d'histoire naturelle.
— M. JEAN TERRASSE est nommé, à compter du 1er Novembre 1944, professeur titulaire d'histoire naturelle.

Hôpitaux et Hospices

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Pendant les mois d'hiver 1944-1945, les ophtalmologistes de la clinique feront, les trois premiers mercredis de chaque mois, à 17 h. 30, à l'Amphithéâtre, une série de leçons consacrées à l'iris et au corps ciliaire : anatomie, physiologie et pathologie.
Le 4e mercredi sera consacré à des conférences faites sur des sujets d'actualité médicale ou ophtalmologique.

Inspections de la Santé

M. le docteur BELLEC, médecin-inspecteur adjoint de la santé de la Haute-Savoie, a été affecté, en la même qualité dans le département du *Finistère*.
La démission de M. le docteur GIBELIN, médecin-inspecteur adjoint de la santé de *Vendée* est acceptée, à compter du 1er Octobre 1944.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. VULLIEN, médecin chef de service à la clinique départementale d'Esquermes, est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique autonome d'*Armentières*.
— M. ADNES, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *Rennes* (Ille-et-Vilaine).
— M. DAUSSY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rennes, est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de *Lesvellec* (Morbihan).
— M. FAIL est réintégré dans ses fonctions et nommé médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de *La Roche-sur-Yon*.

Concours et places vacantes

Chirurgien de l'hôpital civil de Granville (Manche). — Un concours sur titres est ouvert à la direction régionale de Rouen.
Adresser les dossiers, 54, boulevard des Belges, à Rouen, avant le 13 Février 1945.

Directeur du Laboratoire départemental de bactériologie d'Alençon. — Un concours sur titres et sur épreuves est ouvert pour le recrutement du directeur du laboratoire départemental de bactériologie d'Alençon (Orne).
Inscriptions auprès du préfet de l'Orne (Inspection de la Santé), avant le 31 Décembre 1944.

Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire. — Deux postes d'interne sont vacants (16 inscriptions). Écrire avec références au médecin-directeur de l'hôpital.

Nouvelles diverses

Service de Santé. — Par arrêté du 18 Novembre 1944, le médecin général JAME, professeur agrégé du Val-de-Grâce, directeur du Service de santé à Alger, a été nommé inspecteur général technique du Service de santé militaire.

Service de Santé de la Marine. — Par décret du 23 Novembre 1944, le médecin en chef de 2e classe MARTIN LE CANN est réintégré dans ses fonctions à compter du 21 Octobre 1941.

Institut national d'action sanitaire des Assurances Sociales. — Deux décrets des 3 et 23 Novembre 1944 instituent un Conseil d'administration provisoire et un nouveau Comité technique sanitaire à l'Institut national d'action sanitaire des assurances sociales. (*J. O.*, 28 Novembre 1944.)

Institut National d'Hygiène. — Un décret du 17 Novembre 1944 vient de fixer les conditions de rémunération du personnel recruté sur contrat par l'Institut national d'hygiène.
(*J. O.*, 19 Novembre 1944.)

Institut d'hydrologie et de climatologie. — Un décret du 29 Novembre 1944 fixe l'échelle de traitement du personnel.
(*J. O.*, 2 Décembre 1944.)

Distinctions honorifiques

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

— Méd. aux. Jean LE BAIL, du groupe de commandos d'Afrique. — Méd. lieut. Paul TOUSSAINT (bataillon de choc). — Méd. lieut. Richard GRESSE (ne bataillon médical).

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur HENRI DIRIART et Madame sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Florence* (Paris, 20, rue Raynouard, 10 Octobre 1944).
— Le docteur et Madame PIERRE BAIL sont heureux de faire part de la naissance de leur 3e fils, *Didier* (Paris, le 13 Octobre 1944).
— Le docteur et Madame MARCEL MARTIN font part de la naissance de leur 4e enfant, *Claude* (Poissy, 25, boulevard Gambetta).
— Colette et Jacques DELORD sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Gilles* (Docteur et Madame Pierre DELORD, Ménéac [Morbihan], 6 Octobre 1944).
— Michel, Dominique, Noël, François, Brigitte, Cécile, Bernadette, Yves et Jacques DOYON ont la grande joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-Josèphe* et de leur petit frère *Daniel* (Docteur et Madame R. DOYON (Chaumont, 16 Novembre 1944).
— Les docteurs MARCEL et GERMAINE PLAUSSU sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Patrick* (Le Touvet [Isère], 11 Novembre 1944.)
— Christian, Alain, Marie-Colette et Daniel HERMANT sont heureux d'annoncer la naissance de leur petit frère *Marc* (Docteur et Madame R. HERMANT, Albert [Somme], 15 Octobre 1944).
— Danielle PETIT-MUAUX a la joie d'annoncer la naissance de son frère *Jean-Claude* (les docteurs Y. et J.-L. PETIT, Montereau [S.-et-M.], 5 Novembre 1944).
— Le docteur et Madame ROGER CALOP ont le plaisir de faire part de la naissance de leurs fils *Loïc* et *Yves* (Pantin et Ernée, 7 Août 1944).
— Le docteur et Mme Roger LESOBRE font part de la naissance de leur 3e fils, *Hubert* (Paris, 23 Octobre 1944).
— Le docteur et Mme JOSEPH TIMBAL sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Geneviève* (Toulouse, 19 Septembre 1944.)
— Jean-Louis, Bernard, Michel sont heureux de faire part de la naissance de leur petit frère *Alain*. (De la part du docteur et de Mme DESTOUCHES, Montrichard, 28 Juin 1944.)
— Jean-Michel, Dominique, Chantal ont la joie d'annoncer la naissance de leur frère *Bernard* (docteur et Mme GOUST-MIRABAIL, anciens externes des hôpitaux de Paris, 5 Juin 1944).
— Le docteur Roger VIGUIÉ et Mme, née Madeleine VIDAL DE LA BLACHE, sont heureux d'annoncer la naissance de leur fille *Christine*, (Paris, 5 Août 1944).
— M. Henry GRANJON et Mme, née Marie-Louise HELD, externe des Hôpitaux de Paris, sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Marie-Noëlle* (Paris, 17 Octobre 1944).

Mariages.

— On annonce le mariage de M. RODOLPHE TOURNEUR (de Sceaux), interne des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marguerite FAVRE, externe des hôpitaux.
— Le docteur JEAN DUJARDIN, de Paris, a l'honneur de faire part de son mariage avec Mademoiselle Michèle SIMON (19 Décembre 1944).

Décès.

— On annonce le décès du docteur A. FRINAULT, tué au cours du bombardement de Laigle, le 7 Juin 1944, alors qu'il soignait les blessés à l'hôpital.
— On annonce le décès du docteur Amédée VALLETEAU DE MOUILLAC, médecin à l'hôpital Pasteur de Cherbourg.
— Nous apprenons la mort de Jean-Louis MAY, externe des hôpitaux, engagé volontaire, tué à l'ennemi le 19 Novembre 1944. Il était le fils du docteur Etienne MAY, médecin de l'hôpital Tenon.
— On annonce le décès du docteur G. MAGNON, de Villeurbanne.
— Madame et le docteur Jean-Marie BAILLY ont la douleur de faire part de la mort subite de leur petit *Patrik*, rappelé à Dieu le 30 Octobre 1944, à l'âge de 5 mois 1/2. (Marle, Aisne.)
— On annonce la mort, le 22 Novembre, de Madame BRUMBERG, née Geneviève Morel, épouse du docteur Nathan BRUMBERG, de Paris.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE.

MERCREDI 14 JUIN. — M. Horeau : *Le double talon. Etude clinique et traitement.* — M. Besnard-Ulveling : *Des dysplasies osseuses.* — Mme Ivanof : *De la nérrose des fibromyomes utérins pendant les suites de couches.* — Mlle Lemoine : *Infection puerpérale à la maternité de l'hôpital Tenon de 1938 à 1942.* — M. Vachon : *Des pansements intra-utérins au filtrat streptococcique dans le traitement de l'infection puerpérale.* — Mme Wapler : *Etat bucco-dentaire et grossesse.* — M. Héraud : *Le nanisme rénal de la première enfance.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Sténo-dactylo cherche emploi quelques heures par sem. ch. docteur, dentiste, etc., au courant termes médicaux. Ecr. *P. M.*, n° 745.

Vis. méd. sec. Sud-Ouest ch. à s'adj. Labo. Ecr. *P. M.*, 777.

Voyageur, secr. Sud-Ouest, vis. pharm. clin., s'adj. Labo spéc. pharm. ou articles pharm. Ecr. *P. M.*, n° 778.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, 846.

Laboratoire analyses recherche chimiste très au courant analyses médicales. Hinglais, 30 r. de Miromesnil, Paris.

Infirmier, salle d'opérat., muni tr. bon. réf., dem. pl. mais. de santé Paris ou prov. Conduirait ambulance ou Docteur dans ses déplacements. Ecr. *P. M.*, n° 856.

Laborantine conn. histologie, hématologie, chimie biologique, sér. réf., ch. empl. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 884.

A céder à Vichy cabinet médical avec appartement. Très bien situé. Ecr. *P. M.*, n° 886.

Visit. médic. 28 a., tr. b. introd. corps médic., référ. 1er ordre, ch. Labo exclusif ou non pr Normandie, Bretagne, Vendée, Poitou, Touraine ou région paris. Ecr. *P. M.*, n° 891.

Achèterais ophtalmomètre de Javal et boîte de verres. Ecr. *P. M.*, n° 898.

Fille médecin ch. secrétariat apr.-midi seulem. Parle anglais. Ecr. *P. M.*, n° 904.

A vendre moto Gnome et Rhône 4 CV culbuté, type CMI, sans éclairage. Bon état de marche. Ecr. *P. M.*, n° 906.

Étudiant Dr, fin études, ch. empl. pr. clin. ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 907.

Instruments d'urologie à vendre pour cause cessation exercice. Dr Iselin, 1, r. Auguste-Vacquerie, Paris. Tél. : Pas. 20-36.

On cherche mais. de santé pour y installer appareil de Radiothérapie profonde de 400.000 volts. Ecr. *P. M.*, n° 913.

Électroradiologiste disposant d'un matériel moderne cherche collaboration avec confrère ou clin. Ecr. *P. M.*, n° 916.

Belgique. Agence de publicité médicale est à la disposition des Laboratoires français pour la diffusion et la distribution de leurs spécialités « Promefra ». Ecr. *P. M.*, n° 917.

Agent médical, famille médicale, 15 ans expérience, présentant actuellem. un produit notoire aux médecins de Paris, ch. un second prod. connu ou à lancer, ou un second Labo. Ecr. *P. M.*, n° 920.

Visiteur médical, fils pharmacien, 15 ans pratique, réf. 1er ord., rech. Labo pr rég. Sud-Est av. ou sans exclusivité. Ecr. *P. M.*, n° 922.

Secrétaire médicale diplômée, sténo-dactylogr., excellentes références, cherche emploi dans clinique. Ecr. *P. M.*, n° 927.

Étudiant médecine, 18 inscript., 2 a. intern. hôpit. prov., tr. au cour. prat. médic., chirurgic., phtisiologie, ch. emploi ds clin. ou aupr. méd. surchargé Paris, banl. paris. Ecr. *P. M.*, n° 928.

Assistante radiologue, sér. références, cherc. place Paris. Mlle Descamps, 37, cité des Fleurs, Paris-5e.

Manipulateur radiologie, sér. références, ch. empl. Paris ou banl. de préf. Poss. permis de cond. Ecr. *P. M.*, n° 932 ou tél. Versailles 40-39.

Recherche les appareils suivants en bon état de fonctionnement : 1° radiothérapie pénétrante 200 kilovolts ; 2° app. de radiodiagnostic à 2 ou 4 kénotrons. Ecr. *P. M.*, n° 933.

Infirmière dipl. bon référ. désirerait trouv. aupr. chirurg. poste d'assistante anesthésiste, ou pansements et soins en ville. Ecr. *P. M.*, n° 934.

Vends microscope ult. moderne, imm. Zeiss à iris 1,25 ; pièce très rare. Ecr. B. Morgant, 10, rue Lamarck, Paris.

Étudiante 5e ann. ch. place interne banlieue ou occupation paramédicale. Ecr. *P. M.*, n° 936.

A vendre bibliothèque tournante, grand modèle, état de neuf. Ecr. *P. M.*, n° 937.

Recherche app. radiodiagnostic 4 kénos ou contact tournant, et app. thérapie. Ecr. *P. M.*, n° 938.

Diplômé électro-rad. Lyon recherche occupations radiol. l'après-midi, Paris ou banlieue. Ecr. *P. M.*, n° 939.

Visiteur médical s'adjoindrait pour banlieue parisienne second laboratoire. Excellentes références. Ecr. *P. M.*, n° 940.

On demande matière médicale homéopathique de Boericke et de Kent, en bon état. Ecr. à R. Mille, 41, rue Liandier, Marseille-Prado.

Interne ville sinistrée Ouest ch. poste ou remplacement longue durée Ouest ou rég. parisien. 20 inscript. Au courant remplacements, acc. et petite chirurgie. Ecr. *P. M.*, n° 942.

A vendre triporteur électrique bâché, marque Levasseur. Moteur Paris-Rhône 2 CV, C.U. 250 kg. Batterie d'accus à changer. Prix à débattre. Voir sur place. S. F. M. I., pl. Jules-Gévelot, Issy-les-Moulineaux.

Visiteuse médicale très active, bonnes références, s'adjoindrait second Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 944.

A céder : poste important Normandie non sinistrée, gros bourg, médecin unique. Ecr. *P. M.*, n° 945.

Personne présentant bien, sach. téléph., pouv. surveil. trav. enfant ou sac. couture est demandée ch. Dr après-midi ou journ. entières. Ecr. *P. M.*, n° 872.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
ALFRED COROUGE, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LES TUMEURS MAMMAIRES BÉNIGNES CHEZ L'ANIMAL

Leur intérêt biologique

PAR MM.

Gustave **ROUSSY** et Maurice **GUÉRIN**

L'étude des tumeurs bénignes de la glande mammaire constitue un des chapitres les plus intéressants de la pathologie tumorale, leur diversité morphologique, leur nature originelle, leur rapport avec les hormones, leur transformation maligne soulevant autant de problèmes dont la solution peut avoir une grande portée du point de vue doctrinal et pratique. Les recherches d'ordre anatomo-clinique avaient fourni déjà certaines indications permettant de préciser les variations morphologiques d'une même tumeur bénigne, d'envisager l'origine embryonnaire ou métaplasique de certaines tumeurs mixtes, de soupçonner une relation entre les fibro-adénomes et les troubles généraux hormonaux, de pressentir enfin la réalité de la cancérisation de ces néoplasies. Mais la démonstration réelle de ces faits n'a pu être donnée que par les études de pathologie comparée et par les recherches expérimentales.

Depuis le début du siècle, l'existence des fibro-adénomes de la mamelle était bien connue chez le chien et chez le rat. La transplantation de ces tumeurs fut bientôt obtenue chez ce dernier animal, ce qui administra la preuve que la greffe en série d'une tumeur ne constitue pas un caractère pathognomonique de sa malignité, comme on l'admit fort longtemps et à tort.

La première transplantation d'un fibro-adénome mammaire du rat a été réalisée, en France, par Cazin, en 1894. Quelques tentatives heureuses de Loeb et Fleischer, Lubarsch, Robinson et Grauer s'échelonnent ensuite de 1902 à 1932. Mais c'est surtout au cours de ces dix dernières années que furent publiés des travaux fondés sur les expériences méthodiquement poursuivies en Amérique par Heiman, en Italie par Picco et en France, à l'Institut du Cancer, par Ch. Oberling, M. et P. Guérin, puis par G. Roussy et M. Guérin. A l'appui de ces recherches nous nous proposons de rappeler ici les principaux résultats acquis par la méthode expérimentale en ce qui concerne les tumeurs mammaires bénignes et leur transformation en cancer.

*
* *

La *transplantation des fibro-adénomes de la mamelle* est relativement aisée chez le rat, puisque dans les 3 souches que nous avons greffées en série, jusqu'au 14e passage pour l'une d'elles, nous avons obtenu 321 tumeurs sur 1.036 rats, soit 30 pour 100 de succès. Les tumeurs se développent lentement pendant des mois, parfois pendant un an, n'apparaissant qu'après une phase de latence de trois à huit mois, voire deux ans, ce qui représente plus des deux tiers de la vie normale d'un rat. C'est là une première donnée biologique importante qui justifie, dans une certaine mesure, la notion d'inclusions embryonnaires, dont les cellules peuvent rester longtemps à l'état de vie ralentie avant de manifester leur capacité proliférante.

Un autre fait nettement mis en évidence par la transplantation de ces fibro-adénomes est leur *plasticité morphologique et la richesse de leurs évolutions cellulaires ;* elle permet d'expliquer l'origine de certaines tumeurs complexes du sein. Alors que le plus souvent la tumeur revêt l'aspect d'un adénome tubuleux, elle peut subir des modifications évolutives variées : fibro-adénome végétant intra-canaliculaire, adéno-fibro-myome, adénome dendritique, adénome pur ou lactant, cystadénome. Dans d'autres cas, l'élément épithélial tend à disparaître : nous sommes parvenus à transplanter un fibrome et un lipome dérivant tous deux de la même tumeur, qui était à l'origine un fibro-adénome typique. Certaines évolutions sont encore plus extraordinaires et il est possible de voir apparaître des néoformations dont la structure évoque celle des tumeurs analogues décrites chez la femme sous le nom de « tumeur mixte ». Ces dernières renferment des nodules adénomateux idrosadénoïdes ou sébacés, plus souvent des kystes épidermoïdes, et aussi des modifications qui intéressent le tissu conjonctif (foyers de calcification et nodules ostéo-chondroïdes). Ces formations anormales sont certainement le résultat d'une métaplasie locale et ne peuvent être expliquées par une malformation d'origine embryonnaire, comme l'avait pensé Lecène, puisque les tumeurs ont été greffées en série.

Une autre donnée fournie par l'étude expérimentale des fibro-adénomes mammaires mérite d'être retenue : il s'agit de *leurs relations avec les hormones.*

L'influence des hormones sexuelles paraît des plus manifestes sur ces tumeurs. Celles-ci ne se développent, en effet, presque jamais chez les mâles : sur une quarantaine de tumeurs spontanées, nous n'en avons observé qu'une seule chez un mâle, et encore cette tumeur était-elle un fibrome simple. Cette action de l'hormone sexuelle mâle est encore plus évidente dans certaines souches de tumeurs transplantables, où les greffes ne réussissent bien que chez les femelles : chez les mâles et chez les animaux castrés, elles échouent en général. Toutefois, cette action inhibante de la castration, qui se manifeste sur la prise des greffes, ne s'exerce plus sur la tumeur ayant atteint son plein développement. Expérimentalement les injections de substances œstrogènes, seules (Mohs) ou associées aux hormones hypophysaires (Heiman et Krehbiel), augmentent le pourcentage des prises chez les animaux castrés des deux sexes. Nous avons aussi démontré indirectement l'action favorisante de l'hormone femelle en transplantant des ovaires à 10 rats mâles castrés : 4 tumeurs se développèrent après la greffe du fibro-adénome. Par contre, le développement dans l'ovaire d'un adénome sertolien, capable de sécrétions hormonales du type mâle, a provoqué un arrêt de développement des fibro-adénomes greffés.

Tous ces faits sont en faveur d'une différence d'action des hormones sexuelles mâles ou femelles sur la prise et le développement des greffes. Ils ont été largement confirmés par les travaux d'auteurs étrangers comme Heiman et ses collaborateurs, Picco, Murphy, Schilling et Emge, Mohs. Cependant, cette action des hormones sexuelles n'est pas toujours aussi absolue et comporte des exceptions. Dans certaines souches, la greffe peut réussir chez les animaux mâles (Heiman, Picco) : nous l'avons constatée dans l'une de nos souches, après transformation d'un fibro-adénome du type tubuleux en fibro-adénome du type kystique.

Les changements de l'état endocrinien liés à la gestation et à la lactation sont également susceptibles d'intéresser le développement des fibro-adénomes transplantables. Ceux-ci subissent une poussée évolutive liée à une multiplication des acinis glandulaires avec sécrétion intense, réalisant l'aspect de l'adénome lactant. Ces phénomènes observés sur plusieurs de nos tumeurs, tant spontanées que greffées, sont analogues à ceux qui surviennent dans la glande normale au cours de la grossesse (Grauer et Robinson, Heiman et Krehbiel) et apparaissent vraisemblablement sous l'influence de l'hormone lactogène hypophysaire. Des modifications analogues s'observent aussi dans les fibro-adénomes spontanés, en dehors de toute gestation : nous avons montré que cette sécrétion anormale pouvait être en liaison avec une hyperplasie diffuse ou un foyer adénomateux de l'hypophyse.

Mais l'hypophyse et les autres glandes endocrines jouent sans doute un rôle plus important encore en intervenant dans le mécanisme de production des fibro-adénomes. L'étude de 26 fibro-adénomes spontanés nous a permis de déceler, chez 10 rats, l'existence d'altérations hypophysaires allant jusqu'à la formation de tumeurs, ainsi que des modifications fréquentes des autres glandes (capsules surrénales, corps thyroïde, ovaires) traduisant une dysendocrinie complexe. Celle-ci expliquerait peut-être aussi la fréquence des tumeurs mammaires chez les rats soumis à des portées répétées, suivies de sevrage (Bagg et Hagopian) ou bien atteints d'une diminution de la fécondité avec modification du cycle œstral, qui serait secondaire à un trouble hypophysaire provoquant une déficience de l'hormone lutéinisante (Wolfe, Burack et Wright). Expérimentalement un pourcentage relativement élevé de ces tumeurs fut d'ailleurs constaté chez des rats injectés durant longtemps avec des extraits hypophysaires (H. Evans et M. E. Simpson) ou avec des hormones associées, hypophysaires et ovariennes (Heiman et Krehbiel). Il nous paraît donc logique d'admettre que des troubles endocriniens ou neuro-endocriniens peuvent être à la base du développement de ces fibro-adénomes.

Enfin, une donnée de grande importance nous a été fournie par l'étude expérimentale des fibro-adénomes mammaires chez le rat : la réalité de leur *transformation maligne.* Celle-ci peut intéresser les deux tissus constituants du néoplasme, le tissu conjonctif ou le tissu épithélial ; mais, d'après notre expérience, c'est l'élément mésenchymateux qui se cancérise le plus facilement. L'apparition de sarcomes développés sur des fibro-adénomes mammaires avait été signalée chez la chienne par Petit, dès 1912, puis chez le rat par Bullock et Curtis dans les tumeurs spontanées et par Umehara dans les tumeurs greffées. Ultérieurement les récents travaux de Picco, de Heiman, de Emge avec des souches de fibro-adénomes transplantables sur le rat ont mis en évidence la fréquence relative de ces transformations sarcomateuses. Parallèlement à ces auteurs, nous avons fait des constatations analogues au cours de nos recherches poursuivies pendant plus de dix années sur nos trois souches principales de fibro-adénomes. L'une d'elles a donné 21 sarcomes sur une centaine de tumeurs ; l'autre, moins favorable, en a fourni 18 sur 181 tumeurs, proportion de 10 pour 100 analogue à celle observée dans la dernière souche, où il existait 4 sarcomes sur 40 tumeurs. Dans l'ensemble, la transformation sarcomateuse atteint un pourcentage voisin de 13 pour 100. Elle ne survient pas exclusivement sur des fibro-adénomes, puisque nous l'avons observée dans notre souche de lipome dérivé d'un fibro-adénome.

Le sarcome peut apparaître brusquement ; il naît alors sporadiquement dans une même série de greffes : certaines tumeurs subissent la transformation maligne alors que d'autres conservent leur type bénin. Le sarcome peut, au contraire, se former progressivement par transformations successives du stroma devenant de plus en plus cellulaire. Toute la tumeur peut être constituée par des éléments sarcomateux ou bien seuls existent quelques foyers sarcomateux épars dans un fibro-adénome : ce sont les cas les plus intéressants pour l'étude de l'histogé-

nèse du sarcome. Celui-ci est le plus souvent un fibro-sarcome ou un sarcome fuso-cellulaire banal, mais il peut aussi se présenter sous l'aspect polymorphe avec cellules mégacytaires, rappelant les sarcomes à cellules géantes du sein chez la femme. Les types anormaux, comme l'ostéo-chondro-sarcome, dont nous avons observé un exemple, sont exceptionnels. La nature maligne de ces tumeurs se traduit par des signes histologiques classiques ; elle est confirmée par un caractère biologique : leur transplantation facile et leur développement en quelques semaines, alors que les tumeurs bénignes exigent plusieurs mois. C'est ainsi que nous avons pu réussir la transplantation de trois variétés de sarcomes de type fusiforme, polymorphe ou névromateux.

La possibilité de transformations sarcomateuses paraît donc bien établie. Leur mécanisme pourtant reste à préciser. Dans nos publications antérieures nous avons cherché à démontrer qu'on ne saurait invoquer ni les traumatismes cellulaires réalisés par les transplantations ou les ablations opératoires, ni l'âge des animaux, ni les facteurs hormonaux. La transformation est indépendante du rythme œstral et ne peut être provoquée avec certitude ni par la ménopause naturelle ou la castration, ni par l'injection de folliculine, comme le soutenait Picco, ni par l'injection d'hormone du corps jaune ou d'extrait hypophysaire. Seule la durée d'évolution de la tumeur paraît jouer, en l'espèce, un rôle important : nous avons noté, en effet, que la transformation sarcomateuse était 2 fois ou même 4 fois plus fréquente selon la souche pour les tumeurs ayant dépassé six mois que pour celles ayant moins de six mois d'évolution. L'apparition du sarcome semble donc dépendre d'un facteur intrinsèque qui a d'autant plus de chance de s'extérioriser que la tumeur est plus évoluée, et ce fait expliquerait la fréquence variable des sarcomes selon les souches de fibro-adénomes.

La transformation épithéliomateuse des fibro-adénomes du rat est moins nettement établie. Ratcliffe avait signalé l'existence d'un carcinome mammaire développé sur un adéno-fibrome du rat ; et nous avons nous-mêmes, avec Paul Guérin, publié un cas analogue dans lequel l'épithélioma a pu être transplanté sur 7 passages. A l'occasion de notre seconde souche de fibro-adénome transplantable, nous avons fait quelques observations inédites de transformation épithéliomateuse : dans 1 cas la tumeur greffée s'est transformée, en cinq mois et demi, en un épithélioma adénoïde et dans 3 autres les tumeurs de greffe contenaient des petits foyers d'épithélioma malpighien développés sur des tubes en métaplasie épidermoïde ; malheureusement la transplantation de ces épithéliomas n'a pu être réalisée. Quoi qu'il en soit, les documents expérimentaux en faveur de la transformation épithéliomateuse sont jusqu'ici fort peu nombreux.

* * *

Les données expérimentales que nous venons d'exposer — et plus particulièrement celles relatives à la transformation en cancer des tumeurs mammaires bénignes — prennent toute leur valeur si on les rapproche des observations tirées de la pathologie humaine. Les observations de clinique humaine ont montré, en effet, qu'un fibro-adénome pouvait être assez souvent le point de départ d'un sarcome du sein (Deaver et Mac Farland, P. Guérin) et fréquemment on peut relever chez la femme la notion d'une longue durée, s'étendant parfois sur une période de huit à trente ans (Hartmann, Bertrand-Fontaine et P. Guérin), pour aboutir à la transformation maligne. Il en est de même des épithéliomas mammaires pour lesquels certains auteurs (Harrington et Miller) ont tendance à isoler une forme développée sur fibro-adénome, moins maligne d'ailleurs que le type ordinairement observé.

Mais malgré ces observations, au demeurant assez rares jusqu'ici, la transformation des tumeurs bénignes du sein en cancer était encore discutée par les médecins et par les chirurgiens. Or, il apparaît aujourd'hui, à la lueur des données fournies par la pathologie expérimentale, que la transformation maligne des fibro-adénomes de la glande mammaire ne peut plus être mise en doute.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux parus à l'étranger nous renvoyons le lecteur à nos publications antérieures.

M. Cazin : Des origines et des modes de transmission de cancer. *Société d'éditions scientifiques*, Paris, 1894. — P. Guérin : Sarcome à cellules géantes du sein par transformation d'un fibro-adénome latent. *Bull. du Cancer*, 1936, **25**, n° 2, 326-333. — St. Harrington et J. Miller : Malignant changes in fibro-adénoma of the mammary gland. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1940, **70**, n° 3, 615-619. — H. Hartmann, Th. Bertrand-Fontaine et P. Guérin : Sur 3 cas de sarcomes à cellules géantes du sein. *Bull du Cancer*, 1933, **22**, n° 6, 378-394. — P Lecène : Les tumeurs mixtes du sein. *Rev. de Chirurgie*, 1906, **26**, n° 3, 434-449. — Ch. Oberling, M. et P. Guérin : Recherches sur des greffes en série de tumeurs mammaires bénignes chez le rat. *Bull. du Cancer*, 1933, **22**, n° 8, 606-630. — Ch. Oberling, M. Guérin et P. Guérin : A propos de la transformation sarcomateuse des fibro-adénomes mammaires transplantables du rat blanc. *Bull. du Cancer*, 1935, **24**, n° 4, 232-270. — Ch. Oberling, P. Guérin et M. Guérin : Lipome transplantable du rat provenant d'un adéno-lipome mammaire. *Bull. du Cancer*, 1936, **25**, n° 3, 391-410. — Ch. Oberling, M. et P. Guérin : Les fibro-adénomes mammaires greffables du rat blanc. Nouvelles recherches. *Bull. du Cancer*, 1937, **25**, n° 5, 483-500. — Ch. Oberling, P. et M. Guérin : Plasticité morphologique et métaplasie sébacée dans les fibro-adénomes mammaires du rat. *Bull. du Cancer*, 1938, **27**, n° 3, 260-267. — G. Petit : Les sarcomes de la mamelle en pathologie comparée (12 observations). *Bull. du Cancer*, 1912, **5**, n° 6, 135-162. — G. Petit et R. Germain : Nouvelles observations d'ostéo-chondromes de la mamelle chez la chienne (ostéo-chondromes purs et ostéo-chondro-adénomes). *Bull. du Cancer*, 1912, **5**, n° 5, 109-116. — G. Roussy, M. et P. Guérin : Épithélioma mammaire transplantable développé sur un adéno-fibrome spontané du rat. *Bull. du Cancer*, 1943, **31**, n° 3, 150-159. — G. Roussy, P. et M. Guérin : Nouvelles observations de tumeurs mammaires spontanées et transplantables chez le rat blanc. *Bull. Acad. de Méd.*, 1944, n° 10, 156-162. — G. Roussy, M. et P. Guérin : Relations entre les fibro-adénomes mammaires spontanés du rat blanc et l'état endocrinien. *Bull. Acad. de Méd.*, 1944, n° 14, 229-235.

LE TRAITEMENT DES NÉPHRITES AIGUËS

PAR LA MÉTHODE DE VOLHARD

PAR MM.

P. RAVAULT et **Marcel GIRARD** [1]

(Lyon)

Depuis quelques années, nous appliquons systématiquement au traitement des néphrites aiguës la méthode préconisée par Volhard, classique dans les pays de langue allemande, c'est-à-dire la mise en œuvre de la diète absolue avec suppression des liquides (régime sec) conjuguée à l'assaut liquide et éventuellement à des moyens thérapeutiques accessoires.

Elle ne s'applique pas indistinctement à toutes les N. A. Elle doit être exclusivement réservée à ce que l'école allemande appelle « la glomérulo-néphrite diffuse aiguë », c'est-à-dire aux N. A. infectieuses caractérisées par des lésions étendues, par la grande fréquence des réactions du système vasculaire et par les risques certains de transformation en une néphrite chronique progressive, anatomiquement irréversible. Cliniquement ce sont les N. A. survenant au décours de la scarlatine ou des angines, les néphrites *a frigore*. En sont exceptées, les N. dégénératives aiguës le plus souvent d'origine toxique et les N. en foyer contemporaines de la période d'état des infections, répondant à l'atteinte directe, mais parcellaire du parenchyme par des germes ou toxines microbiennes en cours d'élimination.

Les bases physio-pathologiques de la méthode.

L'idée maîtresse, qui a conduit Volhard à des règles thérapeutiques particulières, est que le phénomène initial de la G. N. A. D.[2] n'est pas la lésion inflammatoire du glomérule dont l'histologie souligne la précocité, mais un angiospasme généralisé et aussi rénal, plus précoce encore et lui-même sous la dépendance de la cause infectieuse. Dans cette conception, les altérations anatomiques du rein sont donc précédées et commandées par un trouble fonctionnel général du système vasculaire.

Divers arguments ont été apportés à l'appui de cette manière de voir. Tout d'abord *la fréquence des réactions hypertensives* au cours de la G. N. A. D. Pour Volhard, la plupart des auteurs étrangers et les pédiatres français, elles font rarement défaut. Le degré et la durée de cette hypertension sont très variables selon les cas ; dans l'ensemble ils sont presque toujours en rapport avec la durée et la gravité de la néphropathie. Il accorde une telle valeur à l'hypertension artérielle dans l'évolution de la N. A. qu'il recommande d'établir un contrôle quotidien de la tension chez ces malades. Nous avons nous-mêmes fait ainsi des constatations intéressantes, surtout d'ordre pronostique.

Outre l'hypertension, il faut faire état d'autres symptômes traduisant un état d'angiospasme des capillaires cutanés des artères rétiniennes et cérébrales : la *paleur constante*, le *purpura*, les *épistaxis* plus rares, l'*aspect pâle* et contracté des artères rétiniennes, amorce de la rétinite angiospastique. Nombre de manifestations nerveuses, dites urémiques et survenant en cours d'évolution de la N. A., reconnaissent certainement un mécanisme identique : *céphalées*, *amaurose* et surtout *manifestations convulsives*.

En plus de ces arguments d'ordre clinique, Volhard fait état de constatations anatomiques qui plaident aussi en faveur d'un angiospasme précoce. Étudiant des fragments de rein prélevés par biopsie dès les premiers jours, ou encore sur des sujets ayant succombé très précocement, il a été frappé par le fait que les glomérules sont élargis et surtout pâles, vides de sang. Cette *pâleur des anses glomérulaires* n'est pas selon lui le résultat de l'inflammation des parois capillaires, mais traduit un spasme vaso-constricteur étendu à tout le système artériolaire rénal. Cette ischémie glomérulaire, de nature angiospastique, précéderait et commanderait les altérations des anses glomérulaires et tout l'ensemble des modifications histologiques que l'on considère habituellement comme le phénomène initial de la maladie. Par d'ingénieuses injections *post mortem* d'encre de Chine, il a cru pouvoir affirmer la nature angiospastique de cette ischémie glomérulaire initiale. Dans le même sens plaident également les constatations histologiques d'Auffrecht qui situe les altérations initiales de la G. N. A. D. au niveau des vaisseaux afférents des glomérules.

Pour cet auteur, le traitement idéal sera celui qui, intervenant précocement avant que les lésions rénales ne soient devenues irréversibles, fera cesser l'angiospasme et rétablira aussi vite que possible l'irrigation normale des glomérules.

Mais à côté de ce rôle majeur de l'angiospasme, il n'oublie pas celui de l'*infection*. L'angiospasme est toujours précédé par une infection streptococcique, le plus souvent amygdalienne qui peut même être latente et constituer un foyer d'infection responsable de la persistance des signes vasculaires et rénaux survivant à la phase aiguë.

Enfin, le rôle du *froid* non à négliger peut favoriser le déclenchement de réactions vaso-constrictives.

L'application de la méthode.

Dans un premier temps, et dès le diagnostic fait, le malade est soumis à un *jeûne absolu*, comportant la suppression totale des aliments et surtout des liquides. Nous sommes loin, on le voit, de ces régimes de boissons abondantes avec lactosée si souvent prescrits dans les N. A. Volhard les proscrit rigoureusement et il n'est pas moins sévère pour le régime lacté. Il s'agit en effet de réduire la masse sanguine, d'abaisser la T. A., de soulager par cela même le travail du cœur et de lutter contre le spasme vasculaire général. La cure de jeûne absolu répond à ce but, il faut la maintenir au moins deux à trois jours dans les cas bénins, cinq et plus, parfois dix dans les cas graves.

Un régime aussi strict est presque toujours bien toléré, surtout pendant les premiers jours. D'ailleurs souvent l'amélioration obtenue par ce seul procédé est telle que les malades se sentent encouragés à persévérer : chez la plupart on voit ainsi dès le deuxième jour le poids et les œdèmes diminuer, la dyspnée et les autres troubles subjectifs s'atténuer ; la T. A. s'abaisser et la diurèse se poursuivre en dépit de la suppression totale des apports liquides. Mais il arrive, surtout si le jeûne doit être anormalement prolongé, que la soif devienne intolérable. On peut alors donner chaque jour 200 *g.* de fruits qui aident à supporter la rigueur de ces restric-

1. Un article documenté est en voie de parution dans le *Journal de Médecine de Lyon*.
2. G. N. A. D. = glomérulo-néphrite aiguë diffuse.

tions. Il faut aussi compter avec l'indocilité de certains sujets. Pour les enfants la cure de jeûne ne doit pas être aussi stricte surtout chez les tout-petits, les besoins en eau de leurs tissus étant plus importants que chez l'adulte. On conseille un régime sec ou demi-sec à base de riz, compote de pommes, bananes, sans boissons.

Le repos au lit est de rigueur pendant toute la maladie.

Souvent la cure de jeûne doit être complétée par la *médication déplétive*. Celle-ci s'impose lorsque la T. A. est élevée, la dyspnée marquée, les œdèmes étendus, le cœur défaillant. C'est ainsi qu'il est bon de faire précéder la suppression des boissons et des aliments d'une *purgation*. Dès le premier jour, s'il y a quelques indices de décompensation cardiaque, il faut recourir à une *saignée* de 300 à 500 cm^3 ainsi qu'à la prescription de *tonicardiaques* (1/4 ou 1/2 *mg*, d'ouabaïne intraveineuse chaque jour). Si des accidents d'urémie convulsive éclatent, on les traite par la médication sédative et par la P. L.

Enfin Volhard recommande instamment de *lutter contre la constipation* et surtout de veiller à une *hygiène buccale rigoureuse*. La sécheresse de la bouche que favorise le régime sec peut être le point de départ de parotidites et de stomatites.

Si par la cure de jeûne absolu on obtient presque toujours une amélioration subjective, ce n'est là, selon Volhard, qu'un résultat incomplet qui ne suffit pas à garantir la guérison intégrale. Dans les cas tant soit peu sérieux, ce premier temps ne fait qu'atténuer l'hypertension artérielle et l'angiospasme vasculo-rénal. C'est pourquoi il a recours au procédé de l'ingestion massive d'eau qu'il avait introduit comme moyen d'évaluation des fonctions rénales et auquel il donne le nom de « Wassertoss » ou assaut liquide.

Entre le troisième et le neuvième jour de la cure de jeûne, il faut boire à jeun en une 1/2 heure un litre et demi de thé léger additionné d'un dérivé de la théobromine. Nous utilisons soit de l'eau de Vittel, soit une infusion (queues de cerises, tilleul) additionnée de 1 *g*. de théobromine. La veille au soir les boissons ont été permises au malade afin de satisfaire aux besoins en eau des tissus. Lorsque l'A. L. agit favorablement il y a augmentation de la diurèse dans la journée et le lendemain, bien qu'une partie de l'eau ingérée soit momentanément retenue et qu'il y ait une légère et temporaire augmentation de poids. Quant à la T. A. elle s'élève de 1 à 2 cm^3 le jour de l'épreuve, parfois un peu plus, mais le lendemain ou le surlendemain, un abaissement se dessine.

Le soir et le lendemain de l'A. L., une alimentation sèche (fruits sans boissons, riz non salé) peut être donnée. Si l'A. L. n'influe ni sur la diurèse, ni sur la T. A. à plus forte raison si le poids du malade augmente, il faut reprendre la cure de jeûne pendant deux à trois jours, puis renouveler l'assaut. On arrive ainsi, soit du premier coup, soit après deux, trois, quatre A. L. à provoquer un abaissement définitif de la T. A. et des mictions assez abondantes pour atteindre de 300 à 500 cm^3 dans chacune des premières heures qui suivent l'absorption du liquide.

C'est lorsque ce résultat est obtenu que la néphropathie peut être considérée comme guérie, même si une légère albuminurie persiste encore pendant quelques jours. Effectivement l'amélioration clinique va se poursuivre rapidement en même temps que le rein récupère son pouvoir de dilution, de concentration et d'élimination correcte des colorants. Pour juger de l'action de ce traitement, Volhard accorde la plus haute importance à la surveillance régulière de la diurèse, du poids et plus encore de la T. A. qui doit être mesurée quotidiennement. C'est elle qui bien plus que l'albuminurie et l'azotémie nous renseigne sur l'évolution de la néphrite. Ce conseil pratique rencontrera peut-être des sceptiques, mais notre conviction personnelle est qu'il est parfaitement justifié et que le contrôle sphygmomanométrique journalier est réellement quelque chose d'essentiel dans la surveillance des N. A.

Le véritable test de guérison c'est donc bien plus que la disparition de l'albumine qui peut se faire attendre assez longtemps, *le retour de la tension à la normale* et même à un chiffre au-dessous.

Ainsi, tant que la T. A. n'est pas définitivement abaissée, on peut tenir la guérison pour incomplète ou douteuse. Cette surveillance nous a permis à deux reprises de prévoir des *rechutes*.

Quant à la *signification physiopathologique* de l'A. L., elle se devine aisément. L'irruption brusque d'une importante quantité de liquide dans un système circulatoire préalablement soumis à une déplétion intense a pour effet, selon Volhard, de forcer le spasme rénal, de reperméabiliser des glomérules et par suite de faire tomber l'hypertension artérielle. Tout se passe en fait comme s'il en était ainsi.

A quel moment faut-il pratiquer le premier assaut liquide ? Pour en décider, on se basera sur les résultats obtenus à l'aide de la cure de jeûne sur les divers symptômes et surtout sur la T. A. Dans les formes avec hypertension minime, l'A. L. peut être pratiqué au bout d'un ou deux jours seulement. Mais s'il s'agit d'une forme sévère avec tension élevée, il est indispensable de ne le mettre en œuvre qu'après un abaissement tensionnel préalable de 2 à 3 cm^3 de Hg. Cette *préparation préalable du système vasculaire* se justifie par le danger que ferait courir à un système artériel hypertendu l'introduction brutale d'un litre et demi de liquide ; il faut éviter le risque d'une hémorragie cérébrale ou de convulsions éclamptiques. On notera que si un état pré-éclamptique se manifeste avec torpeur, troubles visuels, il faudra prolonger la cure de jeûne absolu avant d'entreprendre l'A. L. Cette condition préalable étant respectée, la méthode est parfaitement inoffensive et pour notre part nous n'avons jamais observé d'accidents.

Un incident qui se produit parfois au cours de ce traitement et que nous avons observé à trois reprises consiste dans des hématuries soit passagères, soit plus prolongées, qui semblent réellement résulter de petites ruptures des capillaires glomérulaires sous l'influence du coup d'eau. Volhard y voit plutôt la signature du processus infectieux et n'y accorde aucune importance pronostique fâcheuse. Elles finissent par disparaître spontanément. On doit les considérer comme bénignes à condition qu'elles ne s'accompagnent d'aucune élévation de la T. A.

Dans certains cas où l'A. L. échoue, on a pu obtenir l'abaissement tensionnel, test nécessaire de guérison, soit en ajoutant au liquide un peu d'alcool (agissant par vaso-dilatation) [Volhard], soit avec le chlorure de calcium à fortes doses [Volhard], soit encore à l'aide d'injections sous-cutanées ou intraveineuses d'adrénaline. L'action en apparence paradoxale de ce dernier médicament est souvent remarquable, elle serait due à un effet vaso-dilatateur et hypertensif secondaire, bien connu des physiologistes. L'acétylcholine serait peu efficace.

On peut, parallèlement à l'A. L., s'efforcer de stimuler au maximum l'irrigation rénale par des *moyens adjuvants* : soit *ventouses* ou applications chaudes, soit *diathermie* ou ondes courtes. D'autres utilisent la radiothérapie rénale. *L'infiltration des splanchniques* a été préconisée en cas d'oligurie extrême. Enfin, la *décapsulation rénale* peut s'imposer parfois. Volhard y a eu recours en cas d'anurie ou d'oligurie accentuée et grave, et lorsque la baisse tensionnelle n'a pu être obtenue par aucun des moyens précédents.

Quant à *l'amygdalectomie*, il la conseille en cas d'amygdales infectées ou simplement si l'abaissement de la T. A. tarde à se dessiner.

Les résultats.

Envisagés d'après les statistiques déjà publiées, les résultats obtenus par cette méthode paraissent excellents. Nos constatations personnelles, quoique faisant état d'une expérience très restreinte, nous conduisent au même optimisme. Dans les 7 observations[3] que nous avons pu étudier complètement et que seuls nous avons retenues, la guérison complète a été acquise dans 6 cas ; et il s'agissait pour la plupart d'entre elles de néphrites sévères. Nous avons eu un décès survenu le dix-septième jour par anémie aiguë fébrile alors que la N. A. était en voie de rétrocession.

D'autres constatations plus nombreuses faites en clientèle privée, donc dans des conditions d'observation et de surveillance moins favorables, plaident dans le même sens. Ce qui nous a frappés surtout c'est la *rapidité de la guérison*. Nous avons vu guérir en moins de quinze jours, avec disparition de tous les signes, y compris l'albumine, des sujets qui à l'entrée se présentaient avec un tableau alarmant où figuraient même des convulsions urémiques. Une aussi rapide transformation n'aurait pu être obtenue par la thérapeutique classique. La *qualité de la guérison* est à retenir. Sur les 98 cas traités par Volhard, en l'espace de six ans, tous ont guéri, sauf 2 où la *restituo ad integrum* pouvait se discuter. Dans ses dernières publications il affirme ne plus observer chez des malades ainsi traités d'évolution tardive vers le mal de Bright. Si ces conclusions optimistes se confirment, c'est là un fait de la plus haute importance.

La nécessité d'un *traitement aussi précoce que possible* doit également être soulignée. D'après l'impression de Volhard, passé le délai de six semaines après le début de l'affection, la guérison ne peut plus être obtenue, les lésions semblant devenir irréversibles à peu près à ce stade de la maladie. Plus on intervient près du début plus on risque d'agir à la phase purement fonctionnelle du processus. Il faut donc ne pas appliquer la méthode aux néphrites chroniques anciennes et en tempérer la rigueur lorsqu'on croit être en présence d'une N. A. évoluant sur un fond de néphrite ancienne.

Ainsi, la méthode Volhard paraît présenter un grand intérêt dans le traitement des N. A. du type de la glomérulo-néphrite aiguë diffuse. On doit l'appliquer à tous les cas, à l'exception des formes bénignes à type d'albuminurie isolée avec minimum de signes rénaux et absence de modifications vasculaires.

C'est surtout aux formes sévères qu'elle s'adresse. Elle améliore sans contredit le pronostic immédiat et lointain de l'affection.

3. Dans un 8e cas hospitalier récent de N. A. caractérisée nous avons obtenu une guérison totale en moins de quinze jours.

LES PROPRIÉTÉS ANTHELMINTHIQUES DES DÉRIVÉS TRIPHÉNYLMÉTHANIQUES

Par R. DESCHIENS
(Paris)

Les propriétés antiseptiques des matières colorantes dérivés du triphénylméthane et leur utilisation à des fins thérapeutiques contre les infections à bactéries ou à protozoaires sont des notions déjà anciennes auxquelles les noms de P. Ehrlich (1883), de M. Nicolle et de F. Mesnil (1907) sont attachés. Cependant l'emploi de ces composés en thérapeutique anthelminthique n'a été considéré pour la première fois que dans les travaux de E. C. Faust et Yao Ke-Fang (1926) sur l'action du violet de gentiane dans les distomatoses humaines à *Clonorchis sinensis*, et dans ceux de C. de Langen (1928) sur les propriétés parasiticides du même composé dans l'anguillulose.

Depuis, les travaux cliniques de W. Wright et F. Brady (1940) ont montré l'activité du violet de gentiane dans l'oxyurose humaine, mais ce sont surtout les faits apportés sur le plan clinique par J. Rachet avec ses collaborateurs, A. Busson, P. Galmiche, J. Laurent et J. Rosay (1943-1944) et, dans le domaine expérimental, par R. Deschiens et L. Lamy (1943-1944) qui ont établi avec précision les propriétés anthelminthiques de l'ensemble des dérivés triphénylméthaniques, leur toxicologie, leur posologie, leur mode d'action et leur mode d'emploi.

Certains de ces composés, et particulièrement les fuchsines, les violets de méthyle et le vert malachite, représentent actuellement, avec le carbonate de bismuth (M. Loeper) et le sous-nitrate de bismuth (P. Le Noir et R. Deschiens), les meilleurs agents thérapeutiques à opposer à certaines helminthiases et singulièrement à l'oxyurose dont la diffusion est aujourd'hui considérable.

L'appréciation des propriétés parasiticides des dérivés triphénylméthaniques peut être faite par un

test, comportant trois épreuves, que nous avons établi. La *première épreuve* consiste dans l'action *in vitro* du produit à essayer, en solution à 1 pour 3.000 dans l'eau distillée à *p*H 7, sur un nématode saprophyte des déjections du lapin de garenne : *Rhabditis macrocerca* (Kreiss et Faust, 1933), nématode dont la résistance aux anthelminthiques est très marquée. La *deuxième épreuve* s'établit par l'action *in vitro* de la même solution sur les larves d'un strongle commun du tube digestif du mouton : *Hæmonchus contortus* (Rudolphi, 1803). La *troisième épreuve* est basée sur la recherche *in vivo* des propriétés anthelminthiques des dérivés essayés sur les oxyures de la souris : *Scyphacia obvelata* (Rudolphi, 1802) et *Aspicularis tetraptera* (Nitzsch, 1821), très communément rencontrés dans les élevages, ou sur un cestode de la souris, *Hymenolepis nana* (von Siebold, 1852). La technique utilisée dans cette troisième épreuve, qui est pharmacologiquement la plus importante, consiste dans l'injection *per anum*, quotidienne, pendant huit à dix jours consécutifs de 0 *cm*³ 75, pour une souris de 20 *g.*, d'une solution à 1 pour 2.000 dans l'eau distillée, à *p*H 7, des produits à éprouver (0 *g.* 019 par kilogramme d'animal). L'absence ou la présence d'oxyures à l'autopsie à la fin du traitement permet de conclure quant à l'activité thérapeutique du produit employé.

Les dérivés du triphénylméthane qui se sont révélés anthelminthiques en utilisant le test d'activité ci-dessus sont les suivants : la fuchsine basique (R. A. L.), la parafuchsine (R. A. L.), le vert de méthyle (Grübler), le sulfate et le chlorhydrate de vert malachite (R. A. L.), le vert brillant (R. A. L.), le vert éthyle. La toxicité relative du vert de méthyle, du vert brillant et du vert éthyle semble interdire leur emploi en thérapeutique.

Le pouvoir parasiticide des dérivés triphénylméthaniques augmente avec le nombre des fonctions aminées, NH_2, NHR, NR_2 présentes dans leur molécule ; c'est ainsi que la fuchsine basique (formule 1) et le violet cristal (formule 2), qui contiennent 3 fonctions aminées primaires ou tertiaires sont, dans l'ensemble, plus anthelminthiques que le chlorhydrate de vert malachite (formule 3), qui n'en contient que 2.

$Cl - C(C^6H^4 - NH^2)(C^6H^4 - NH^2)(C^6H^3(CH^3) - NH^2)$

Formule 1
Fuchsine basique.

$Cl - C(C^6H^4 - N(CH^3)_2)(C^6H^4 - N(CH^3)_2)(C^6H^4 - N(CH^3)_2)$

Formule 2
Violet cristal.

$Cl - C(C^6H^4 - N(CH^3)(CH^3))(C^6H^5)(C^6H^4 - N(CH^3)(HC^3))$

Formule 3.
Chlorhydrate de vert malachite.

Cependant, si l'on peut admettre une certaine hiérarchisation du pouvoir anthelminthique en fonction de la constitution moléculaire, on doit aussi retenir, ce qui concorde d'ailleurs avec les données de la chimiothérapie, que certaines espèces chimiques agissent électivement sur certaines espèces d'helminthes. C'est ainsi que le sulfate de vert malachite, bien que diaminé seulement, agit spécifiquement et à faible dose dans l'oxyurose de l'homme et de la souris. La sulfonation des composés actifs les inactive.

L'action des dérivés triphénylméthaniques sur les helminthes sensibles est une action toxique élective ; la possibilité de les utiliser en thérapeutique résulte de leur toxicité beaucoup moindre pour les Mammifères hôtes que pour les Invertébrés parasites. Dans les infestations à Nématodes, helminthes à cuticule épaisse et à tube digestif complet, la matière colorante parasiticide est ingérée à l'état particulaire ou en solution, puis absorbée par le ver qu'elle intoxique ; chez les cestodes, la pénétration se fait par osmose.

Ces dernières considérations montrent — ce que la clinique confirme — que les dérivés triphénylméthaniques doivent, pour agir, être portés à l'état particulaire (pilules gluténisées), ou en solutions, à l'étage du tube digestif constituant l'habitat du parasite à atteindre, ce qu'une gluténisation précise des pilules utilisées permet d'obtenir.

Les helminthes, parasites sensibles à l'action des dérivés triphénylmethaniques, sont actuellement les suivants : Nématodes : *Enterobius intestinalis*, oxyure de l'homme ; *Scyphacia obvelata* et *Aspicularis tetraptera*, oxyures de la souris ; *Passalurus ambiguus*, oxyure du lapin ; *Ascaris lombricoïdes*, ascaris de l'homme ; *Toxocara canis*, ascaris du chien ; Cestodes : *Hymenolepis nana*, petit tænia de l'homme et des muridés; *Dipylidium canium*, tænia moyen du chien, du chat et occasionnellement de l'homme. Les larves de Strongylidés (ankylostomes, strongles) et des Rhabditidés (anguillules) parasites sont très sensibles. Les œufs d'helminthes résistent de vingt-quatre à quarante-huit heures et proportionnellement à l'épaisseur de leur coque à l'action des colorants anthelminthiques. Les notions relatives au comportement des larves et des œufs doivent retenir l'attention en raison de l'intérêt prophylactique qui pourrait en résulter.

Du point de vue de la toxicologie, de la posologie et de l'utilisation pratique, les fuchsines et particulièrement la fuchsine basique, les violets de méthyle, singulièrement le violet cristal, le sulfate et le chlorhydrate de vert malachite, doivent retenir spécialement l'attention.

La fuchsine basique semble être le plus polyvalent des dérivés; sa toxicité est très faible et elle offre de ce fait une grande sécurité. Son coefficient chimiothérapeutique C/T (rapport de la dose curative à la dose toxique) est, chez le lapin, de 1/18; la dose minima mortelle chez le lapin est de 0 *g.* 18 par kilogramme et par jour administrés pendant dix jours; la dose curative dans l'oxyurose du lapin est de 0 *g.* 01 par kilogramme et par jour pendant dix jours consécutifs, et dans celle de l'homme de 0 *g.* 005 à 0 *g.* 01 par kilogramme et par jour pendant dix jours (3 séries semblables séparées par deux intervalles de repos de six à huit jours). Nous avons, dans l'oxyurose humaine, obtenu la guérison de 42 malades adultes en utilisant des doses situées entre 0 *g.* 30 et 0 *g.* 60 par jour, dans les conditions d'application relatées ci-dessus.

Le violet cristal, qui est un produit défini, hexaméthylé, semble devoir être prescrit de préférence au violet de gentiane, mélange, dans des proportions variables, de violets de méthyle hexa et pentaméthylés; le violet cristal donnerait d'ailleurs en clinique, d'après J. Rachet et ses collaborateurs, des résultats supérieurs au violet de gentiane. Le coefficient chimiothérapeutique de ces deux violets chez le lapin est de 1/15. La dose toxique minima mortelle chez le lapin est de 0 *g.* 075 par kilogramme et par jour pendant dix jours, la dose curative dans l'oxyurose de l'homme et du lapin est de 0 *g.* 005 par kilogramme et par jour pendant dix jours (3 séries semblables). En accord avec J. Rachet, nous considérons que la dose de 0 *g.* 24 à 0 *g.* 30 par jour de violet cristal ou de violet de gentiane, pour un adulte de 60 *kg.*, constitue seule une posologie efficiente; la dose de 0 *g.* 18 par jour, qui a été proposée par W. H. Wright et par ses collaborateurs, est absolument insuffisante avec les matières colorantes de fabrication française.

Le sulfate et le chlorhydrate de vert malachite sont des dérivés de faible toxicité moins polyvalents que les précédents, mais agissant à doses faibles, spécifiquement, dans l'oxyurose. Le coefficient chimiothérapeutique de ces sels chez le lapin est de 1/30 ; la dose minima mortelle chez le lapin est de 0 *g.* 075 par kilogramme et par jour pendant dix jours; la dose curative chez l'homme dans l'oxyurose est de 0 *g.* 002 à 0 *g.* 0025 par kilogramme et par jour pendant huit à dix jours, soit 0 *g.* 12 à 0 *g.* 15 par jour pour un adulte de 60 *kg.* Au-dessus de 0 *g.* 15 par jour, l'application de la médication doit être surveillée, car, bien que les sels du vert malachite soient parmi les moins toxiques des dérivés étudiés, on peut observer pour des doses supérieures à 0 *g.* 18 par jour de petits signes d'intolérance, d'ailleurs très discrets, consistant en coliques bénignes et en ébauches de vertiges et de nausées. Nous avons traité avec un succès constant par le sulfate de vert malachite, en 3 cures, 22 malades atteints d'oxyurose.

L'action des dérivés triphénylméthaniques aux doses toxiques et aux doses curatives sur le rein et sur le foie a été étudiée chez le lapin par J. Bablet et par nous-même. Aux doses curatives, la fuchsine basique (R. A. L.), le violet cristal (R. A. L.), le violet de gentiane (R. A. L.) et le sulfate de vert malachite ne provoquent pas de lésions. Aux doses toxiques : 0 *g.* 10 à 0 *g.* 20 par kilogramme et par jour pendant six à dix jours, on note chez le lapin, à l'examen histo-pathologique des reins : *a*) avec la fuchsine basique — dérivé le moins toxique — des lésions congestives simples et irritatives; *b*) avec le sulfate de vert malachite, des lésions congestives avec dilatation des glomérules et nécrose segmentaire des tubes contournés ; c) avec le violet de gentiane, des lésions irritatives assez marquées avec précipité albumineux dans les glomérules et dans les tubes contournés. Dans les mêmes conditions, le vert brillant dérivé tétra-éthylé de toxicité marquée provoque de gros œdèmes albumineux des glomérules et des lésions dégénératives des tubes contournés. Il n'a pas été noté de lésions hépatiques ou hématologiques importantes. Si une contre-indication à l'usage des dérivés triphénylméthaniques devait être envisagée, elle ressortirait donc à l'état pathologique des reins des sujets à traiter.

Le métabolisme, dans l'organisme, des molécules triphénylméthaniques est un problème non entièrement résolu. Le colorant se transforme d'abord en leuco-dérivé, puis s'élimine dans les urines sous la forme d'un conjugué rose saumon ou rose fuchsia (vert malachite, fuchsine). Il est utile d'indiquer cette particularité aux malades traités.

En ce qui concerne le mode d'emploi, 3 conditions d'administration des dérivés triphénylméthaniques anthelminthiques doivent être retenues : 1° la médication doit être présentée sous la forme de pilules légèrement glutenisées, afin que celles-ci ne libèrent pas leur contenu trop tardivement dans l'intestin ; 2° la dose quotidienne doit être fractionnée en 3 prises ; l'ingestion des pilules de chaque prise doit avoir lieu une demi-heure au moins avant les repas, en buvant un demi-verre d'eau, afin que les pilules soient entraînées rapidement dans l'intestin ; 3° plusieurs cures suffisamment prolongées, interrompues de périodes de repos, sont généralement nécessaires pour obtenir la déparasitation ; dans l'oxyurose, par exemple, on instituera 3 à 4 cures de huit à dix jours consécutifs, séparées par des repos de six à huit jours[1].

Les résultats cliniques obtenus par l'usage de la fuchsine basique, des violets de méthyle et du vert malachite sont généralement décisifs si l'on utilise la médication vis-à-vis d'helminthes sensibles, aux doses et dans les conditions que nous avons définies.

Le traitement de l'oxyurose, infestation parasitaire dont la dissémination est aujourd'hui spécialement importante en raison, surtout, de la malpropreté que le rationnement en savon impose à la population, et de l'accroissement de la consommation de légumes et de fruits crus, résultant de nos difficultés alimentaires, est particulièrement appelé à bénéficier de l'usage des dérivés triphénylméthaniques.

(Institut Pasteur. Groupe des Services de Parasitologie.)

BIBLIOGRAPHIE PRINCIPALE

R. Deschiens : Sur les propriétés anthelminthiques des dérivés du triphénylméthane. *C. R. Académie des Sciences*, séance du 22 Novembre 1943. — R. Deschiens : L'action anthelminthique des colorants triphénylméthaniques. *Bull. Soc. Pathol. exot.*, 1944, **37**, nos 3-4, 111-125. — E. C. Faust et Yao Ke-Fang : Specific Therapeusis in Clonorchis infections. *Arch. für Schiffs. und Tropen. Hyg.*, 1926, **30**, 383-391. — T. Kawai : Experimental studies on the Clonorchicidal effect of Gentian-Violet. *Journ. of the Med. Assoc. of Formosa*, 1937, **36**, 934. — C. D. de Langen : Anguillulosis and the Syndrome of the « Idiopathic hypereosinophilia ». *Mededeelingen v. d. dienst. der Volksgezondheid in Nederlandsch Indië, foreign edition*, 1928, **17**, 515-529. — P. Laurent : Le cristal violet dans le traitement de l'oxyurose. *Thèse de doctorat en médecine*, Paris, 1944. — J. Rachet, A. Busson, P. Galmiche et J. Rosey : Traitement de l'oxyurose

1. Il convient de ne pas perdre de vue, dans l'appréciation des résultats obtenus dans le traitement de l'oxyurose, la très grande fréquence de la réinfestation des sujets guéris par le milieu familial non traité. Des mesures prophylactiques seront toujours à appliquer en même temps que le traitement.

par le violet de gentiane. *Arch. Maladies App. dig.*, 1943, **32**, 44-46. — J. RACHET, A. BUSSON et P. LAURENT : Le cristal violet dans le traitement de l'oxyurose. *Paris-Médical*, 10 Avril 1944, **34**, n° 7, 65-69. — J.-P. SERRA : Pouvoir bactéricide des matières colorantes dérivées du triphénylméthane. *Thèse de doctorat ès-Sciences*. Nancy, 1932. — A. THOMASSET : Le traitement de l'oxyurose par le violet de gentiane. *Lyon-Médical*, 1943, **170**, 390-392. — W. H. WRIGHT, F. J. BRADY et J. BOZICEVICH : Studies on Oxyuriasis. VIII. A preliminary note on therapy with Gentian-Violet. *Proc. of the Helminthol. Soc. Washington*, 1938, **5**, 5-7. — W. H. WRIGHT et F. J. BRADY : Studies on oxyuriasis. XXII. The efficacy of Gentian-Violet in the treatment of Pinworm infestation. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1940, **114**, 861-866.

LES TUBERCULOSES DE RÉINFECTION

DÉCELÉES PAR EXAMEN SYSTÉMATIQUE

Leur aspect sanatorial

Par M. **René COHEN**
et M[lle] **Marie-Thérèse JEANGUYOT**

(Travail du Sanatorium des Etudiants de France, à Saint-Hilaire-du-Touvet [Isère].)

Le dépistage de la tuberculose constitue la préoccupation majeure de la médecine préventive actuelle, et cette médecine semble appelée à modifier dans une grande mesure l'exercice, et peut-être la structure de la profession médicale ; on conçoit donc que toute question concernant la valeur de ce dépistage doive prendre une importance considérable. Or il y a dans l'esprit de certains un doute sur le service qu'on rend aux sujets examinés en leur révélant une tuberculose latente. Ce doute s'exprime de façon prudente dans un article récent de Dumarest [1], où il cite les lignes suivantes de Bard, et fait sienne l'opinion de son maître : « S'il est nécessaire de dépister les cas des bien-portants en apparence qui ont besoin de précautions ou de soins particuliers, il est tout aussi nécessaire de ne pas augmenter inconsidérément le nombre des bien-portants qui ne sont que des malades qui s'ignorent, mais qui, en réalité, ne le deviennent que le jour où on les classe comme tels... La découverte d'un moyen infaillible qui ne laisserait échapper aucun cas de tuberculose latente serait un funeste présent des dieux. » Certes, la frontière entre ces deux catégories de malades — ou entre ces malades qui s'ignorent, et ces bien-portants qui ont besoin de soins — apparaît comme singulièrement délicate à tracer, mais la double caution de Bard et de Dumarest donne à ce jugement une gravité particulière. Nous pensons cependant qu'on peut en appeler et qu'une tuberculose à expression radiologique nette a toute chance d'être un jour évolutive.

*
* *

Le présent travail étudie brièvement les caractères généraux des tuberculoses révélées par examen systématique ou fortuit, et soignées au Sanatorium des Etudiants entre Mars 1933 et Mars 1944. Il envisage donc le problème du dépistage dans une collectivité importante, la première avec l'armée qui ait été soumise à l'examen radiologique obligatoire ; collectivité composée d'hommes et de femmes de 17 à 25 ans chez lesquels la tuberculose, légèrement plus fréquente que dans l'ensemble de la population, n'a aucun caractère particulier de gravité ou de bénignité. Le nombre des cas est de 277 ; il équivaut, si l'on admet que la proportion des dépistages est en moyenne de 2 à 3 pour 1.000, à l'examen de 80.000 à 120.000 personnes. Ce chiffre est très inférieur, sans doute, à celui des recherches faites en Amérique et en Allemagne, mais les sujets dépistés ont été surveillés pendant un temps prolongé, les étudiants gardant le contact avec les médecins du Sanatorium après leur départ. Cette dernière condition, essentielle en l'occurrence, est rarement réalisée en France ; nous ne la trouvons que dans le travail de Meerssemann [2], où les malades ont été suivis pendant trois ou quatre ans. Le chiffre de 277 représente 14,5 pour 100 des 1.900 malades soignés depuis 1933, proportion bien moindre que celle qui existe actuellement, et qui est de 17,5 pour 100 environ. Nous citons ces chiffres en passant pour permettre d'apprécier l'incidence que le dépistage systématique aura sur la médecine sanatoriale ; dans les collectivités qui, comme actuellement l'Université, seront régulièrement examinées, la prévention de la tuberculose fournira au Sanatorium de 1 malade sur 6.

D'après leur histoire et leurs caractères, ces tuberculoses sont — sauf 4 ou 5 cas où la primo-infection pouvait être soupçonnée — des tuberculoses de réinfection. Cela explique la différence de nos chiffres et de ceux de Jullien et Sieur [3] qui, étudiant les tuberculoses dépistées chez des enfants d'âge scolaire, trouvent après trois ou six mois (délai trop court, du reste) un pourcentage très faible d'aggravations. Il est évident que le problème de l'avenir des primo-infections est tout différent de celui qui nous préoccupe ici.

On peut, pour la commodité de l'exposé, diviser nos cas en 3 catégories : les tuberculoses patentes, les tuberculoses latentes à image sérieuse, les tuberculoses latentes à image atténuée.

Sous le nom de *tuberculoses patentes*, nous rangeons celles qui ont donné lieu à des signes généraux ou fonctionnels, mais que l'ignorance ou la négligence du malade a empêché de faire diagnostiquer. Leur révélation est, à la vérité, une fausse révélation : la tuberculose est méconnue plutôt qu'ignorée. Cette catégorie est importante et nombreuse : 97 cas sur 277, soit plus de 1/3, chiffre qui est sans doute inférieur à la réalité. Le nombre des tuberculoses déjà manifestées suffit à lui seul à légitimer les examens radiologiques préventifs : nul ne contestera le bénéfice qu'il y a à mettre au repos quelques semaines, quelques mois plus tôt ces malades et à protéger pendant ce temps leur entourage, nul ne contestera leur qualité de tuberculeux évolutifs.

Mais c'est là une catégorie de malades sur lesquels chacun est d'accord. Les tuberculoses vraiment latentes, au contraire, prêtent à la discussion qui est l'objet de cet article. Ces tuberculoses asymptomatiques sont au nombre de 180 ; leur division en tuberculoses à image sérieuse et à image atténuée nous paraît répondre à une différence dans le problème qu'elles posent. Pour les délimiter nous avons pris un critérium très simple, et considéré comme une image sérieuse celle devant laquelle chacun, partisan modéré ou enthousiaste du pneumothorax, s'accorderait à le conseiller.

Les *tuberculoses à image sérieuse* (cavernes, lobites, infiltrations denses ou étendues, images nodulaires étendues, etc.) sont au nombre de 81, soit 34 pour 100 du total. C'est là une proportion notable : on savait avant l'ère de la médecine préventive, avant même la radiologie, que les tuberculoses sérieuses pouvaient rester sans expression et l'on connaissait notamment les cavernes latentes; mais on ignorait la fréquence de tels faits, fréquence que nous a enseignée la médecine préventive et qui constitue un fait social assez grave; de ces 81 cas, en effet, 6 seulement n'avaient pas de bacilles de Koch dans les crachats au moment du dépistage, et 2 seulement maintinrent par la suite ce résultat négatif. Pour la singularité du fait, nous signalerons la guérison rapide et durable, survenue sans traitement, d'une caverne; mais ce cas est unique. Pour tout le reste, les tuberculoses latentes à image sérieuse ne peuvent être considérées, à étudier leur devenir, que comme destinées à se révéler et à évoluer suivant la norme habituelle. Quand on trouve chez un individu bien portant de telles images, et qu'on peut faire le diagnostic de tuberculose, il y a unanimité pour reconnaître qu'il s'agit bien d'une maladie, dangereuse individuellement et socialement, digne d'être révélée et soignée.

Les *tuberculoses latentes à image atténuée*, au nombre de 99, sont donc les seules dont l'évolutivité puisse être discutée ; encore faut-il en déduire 33 cas formant une catégorie très particulière, celle où l'avertissement donné par le dépistage radiologique fut négligé par le malade et où la vie normale fut continuée. Nous ne connaissons par définition que ceux qui eurent à en souffrir ; l'on est certes frappé par la gravité de leurs observations, par le nombre de formes sévères ayant nécessité un collapsus double, une thoracoplastie, ou ayant amené le décès; mais leur fréquence relative nous échappe; nous ne pouvons en tenir compte.

En définitive, c'est sur 66 dossiers seulement — 1/4 environ — qu'un doute peut subsister. Dans ces observations l'image radiologique ne permettait pas d'emblée d'affirmer que la tuberculose avait des chances notables d'évoluer. Nous avons recherché dans la suite de leur histoire les signes d'activité de la tuberculose et noté ceux qui avaient eu soit des bacilles de Koch dans leurs crachats, soit des troubles généraux ou fonctionnels, soit une aggravation radiologique; signes qui se sont montrés souvent réunis, mais qui ont pu être isolés, et qui prennent une importance d'autant plus grande que les malades se sont soignés après la révélation de leur tuberculose, et ont donc — on peut le dire avec confiance — notablement diminué leurs probabilités d'aggravation. Une majorité notable de ces malades a évolué : 36 sur 66 si on prend l'ensemble, 22 sur 38 si on prend les observations pour lesquelles nous avons un recul d'un an et demi au moins. Tous ces malades avaient des images incontestables de tuberculose, sauf 5 pour lesquels les anomalies, très atténuées, paraissaient douteuses, et qui sont restés indemnes ; ces 5 malades sont à ranger dans le même cadre que ceux de Meerssemann [4] qui avaient eux aussi des images douteuses, et dont une faible partie (5 sur 54 malades ayant des signes d' « alvéolite » et sur 113 au total) ont eu des troubles ultérieurement. Cette catégorie est peu nombreuse dans un Sanatorium : le fait va de soi.

*
* *

Que déduire de ce court aperçu ? Que parmi les malades amenés au Sanatorium par les examens radiologiques préventifs, un bon tiers (et plus en réalité) sont des malades actuels, un tiers ont des signes radiologiques et bactériologiques tels qu'on ne peut mettre en doute une tuberculose-maladie; un petit groupe n'entre pas en ligne de compte ; un quart enfin, sur l'avenir desquels on pourrait hésiter, comprend une majorité nette de futurs malades, parmi ceux mêmes qui se sont soignés. Si frappants que soient ces chiffres, et si fortement qu'ils plaident en faveur de la médecine préventive, nous ne croyons pas qu'ils puissent faire mieux qu'ouvrir le débat sur l'avenir des tuberculoses latentes, l'une des questions les plus importantes de la phtisiologie actuelle. Faut-il croire avec Braeuning que la tuberculose est précédée d'une phase pré-clinique, radiologique, de longue durée, et donc que la possibilité d'une évolution subsiste après plusieurs années de silence ? Faut-il admettre, avec d'autres, que la tuberculose de réinfection a un début généralement rapide et que les images décelées fortuitement ont chance d'être des séquelles ou des images abortives ? Notre statistique semble répondre en faveur de la première opinion. Mais que signifie cette statistique ? Elle ne vaut que pour le petit secteur de phtisiologie qu'elle étudie : il est certain que les sanatoriums voient une partie seulement des malades reconnus par radioscopie ou radiophotographie, et que notamment une bonne proportion des cas atténués, et surtout des cas douteux, leur échappe. Les aspects sociaux de la tuberculose sont tels, et si variés, que nul ne peut affirmer saisir l'ensemble de la maladie — ni le clinicien d'hôpital, ni le praticien, ni le médecin de dispensaire. Pour juger équitablement la médecine préventive de la tuberculose, il faut que toutes les catégories de phtisiologues conjuguent leurs efforts; nous espérons donc que ces lignes provoqueront de nouveaux travaux, nous les prévoyons discordants, nous les souhaitons concluants.

1. F. DUMAREST : Où limiter les indications du pneumothorax ? *Revue de la Tuberculose*, Janvier-Mars 1943, 20.

2. MEERSSEMANN : Résultats de l'observation prolongée de 113 sujets trouvés porteurs d'images « douteuses » lors de l'examen radiologique systématique à l'incorporation ou durant le service militaire. *IXe Congrès de la Tuberculose* (*Masson et Cie*, édit.), 1939, 393.

3. JULLIEN et SIEUR : Quelques résultats de la radioscopie dans l'ensemble de la population scolaire d'Oran. *Revue de la Tuberculose*, Janvier-Mars 1943, 38.

4. *Loc. cit.*

SOCIÉTÉS DE PARIS

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 Janvier 1944 [1]

Sur les effets tenseurs et respiratoires de la bufoténine basique dissoute dans le diméthyl-acétonyl-carbinol. — M. Raymond-Hamet constate que l'injection intraveineuse de bufoténine pure de Wieland élève la pression carotidienne et entraîne des phénomènes respiratoires se traduisant d'abord par une forte augmentation de l'amplitude et de la fréquence des contractions, puis par une très grande réduction de celle-ci et de celle-là, enfin par le retour lent et progressif à l'état initial.

10 Janvier.

Retentissement d'actions électriques nerveuses centrales sur l'excitabilité viscérale. — Mme Berthe Chauchard et M. Paul Chauchard. En même temps que la diminution de chronaxie du nerf, lors de l'action d'une anode sur le ganglion spinal correspondant au nerf saphène ou le passage d'un courant ascendant dans la moelle dorsale pour le splanchnique, on note une diminution du temps de sommation, ce qui indique une diminution de la constance de temps du vaisseau; et, parallèlement à l'augmentation de chronaxie, une augmentation du temps de sommation, signe d'augmentation de celle constante de temps.

Le passage d'un courant dans la moelle ne modifie donc pas seulement l'excitabilité nerveuse, mais aussi celle des appareils innervés par ces neurones. En est-il de même sur le muscle strié ? La constance de la chronaxie musculaire contraste avec les fortes variations observées sur le nerf.

Action modératrice exercée par le venin de crapaud sur l'amaigrissement provoqué par la thyroxine chez le cobaye. — MM. A. Peyron, M. Salomon, Mme L. Salomon et M. M. Bagros. Les faits expérimentaux paraissent autoriser à tenter l'emploi en thérapeutique du venin de crapaud dans les états d'hyperthyroïdisme, en tenant compte des différences cliniques dans les facteurs étiologiques comme dans les modifications du métabolisme.

Ces résultats expérimentaux sont, d'autre part, corroborés par les réactions histologiques constatées à l'examen des glandes endocrines.

Sur la présence de catéchines dans un certain nombre d'espèces végétales alimentaires. — MM. J. Lanolloy, J. Sevestre et J. Jussy. On désigne sous le nom de catéchines des substances dérivées du phényl-chromane, portant un certain nombre d'OH phénoliques et, en position 3, un OH alcoolique.

Les auteurs disposant d'un test d'identification certain, l'oxydation en cyanidol correspondant, ont pu caractériser les catéchines dans plusieurs espèces végétales communes.

Sur la diffusion du lithium chez les animaux. — M. D. Bertrand.

Action de la papaïne et de la pepsine sur la caséine et position de la leucine et de la valine dans les molécules protéiques. — MM. S. Roche et M. Mourgue.

17 Janvier.

Recherches sur la substance toxique soluble de « Clostridium sporogenes ». — MM. A.-R. Prévot et M. Raynaud. Dès la découverte de *Clostridium sporogenes* par Metchnikoff en 1908, la substance soluble élaborée par cet anaérobie a fait l'objet de recherches contradictoires. Les recherches actuelles montrent que la substance toxique soluble de *Cl. sporogenes* ne présente aucun des caractères des toxines bactériennes.

24 Janvier.

Composition chimique et activité vitaminique B2 des graines de « Parkia africana » R. Br. — M. R. Lecoq et Mlle A. Raffy. Les graines de *Parkia africana* R. Br. renferment une amande huileuse (riche en acides gras non saturés) comestible, dépourvue d'amidon et se rapprochant par ses caractères de l'arachide et du soja.

Ces graines apparaissent douées d'une activité vitaminique B^2 élevée, sensiblement égale à celle du germe de blé.

31 Janvier.

Sur le mode d'action de la vitamine P. Une nouvelle propriété de l'adrénaline, son activité sur la résistance des capillaires. — MM. J.-L. Parrot et J. Lavollay. Le caractère le plus remarquable de l'action de l'adrénaline sur l'augmentation de la résistance des capillaires c'est son évolution dans le temps : elle n'est pas immédiate, elle ne se manifeste pas au moment où se déroulent les actions pharmacodynamiques habituelles de l'adrénaline, sur la pression artérielle par exemple ; c'est seulement lorsque celles-ci sont terminées, 10 à 30 minutes après l'injection, que l'on voit s'élever la résistance des capillaires. D'autre part, cette élévation est remarquablement durable. Cette nouvelle propriété de l'adrénaline est donc indépendante de son action pharmacologique classique ; elle se rapproche, par contre, d'une autre action tardive et durable : celle qu'elle exerce sur le temps de saignement.

14 Février.

Ferment, anaferment d'origine microbienne et antiferment. — M. Gaston Ramon. Sous l'influence du formol et de la chaleur que l'on fait agir simultanément sur le filtrat de culture tétanique pour faire de la toxine qu'il contient une substance nouvelle : l'anatoxine, dénuée de toxicité et immunisante, le ferment gélatinolytique que recèle le même filtrat est transformé en un véritable anaferment. Cet anaferment qui est dépourvu de tout pouvoir enzymatique jouit bien de la qualité antigénique qui lui permet de faire apparaître un antiferment spécifique dans le sérum du cheval auquel on l'injecte, comme l'anatoxine y provoque l'apparition de l'antitoxine tétanique. L'antiferment s'oppose *in vitro* au ferment, il le neutralise et il protège la gélatine contre ses effets diastasiques ; de même que l'antitoxine neutralise la toxine et préserve l'animal sensible contre l'intoxication, de même encore, par exemple, que le sérum antiaphteux préparé à l'aide de l'anavirus possède des propriétés neutralisantes et préventives vis-à-vis de l'ultravirus de la fièvre aphteuse.

Les résultats des présentes recherches soulignent les analogies qui, du point de vue de l'immunologie, existent respectivement entre les toxines, anatoxines, antitoxines d'une part, les ferments, anaferments, antiferments d'autre part, certains ultravirus, leurs anavirus et antivirus, d'autre part encore.

Le rôle de l'association adrénoline+vitamine C et les manifestations de l'avitaminose C. — M. P. Joyet-Lavergne. L'adrénaline agissant seule, l'acide ascorbique agissant seul présentent des actions qui sont variables suivant les tissus et suivant les individus, tandis que, dans tous les cas, l'association adrénaline + acide ascorbique augmente le pouvoir oxydant intracellulaire. Cette stimulation est, dans la plupart des cas, supérieure à celle de chacun des catalyseurs agissant séparément.

L'adrénaline et la vitamine C agissent en collaboration ; leur association constitue un des chaînons des catalyses d'oxydation de la cellule vivante. Chacun des deux catalyseurs ne donne son maximum d'action que si la cellule est pourvue d'une quantité suffisante de l'autre.

21 Février.

Traitement de la syphilis par des dérivés de la phényldichlorarsine. — M. A. Mouneyrat a découvert que l'arsénoxy naissant, obtenu par dissolution de la dichlorarsine (4.000 M), correspondant à l'acide para-oxy-métaaminophénylarsinique, dans une solution aqueuse bicarbonatée sodique, est toléré à des doses deux fois et demie plus élevées que le même arsénoxy préparé d'avance. Ce fait est très important, car la disparition des accidents syphilitiques et leur guérison est d'autant plus rapide que la dose de dichlorarsine employée à chaque injection est plus élevée.

L'auteur est arrivé à injecter, sans danger, comme dose maxima chez l'adulte normal, 4 mg. 5 de 4.000 M par kilogramme et par injection intraveineuse. On commence par une injection de 0 g. 06, le malade étant à jeun, la 2e piqûre est faite à 0 g. 10, la 3e à 0 g. 12 et l'on augmente ainsi les doses de 2 en 2 cg. à chaque piqûre, s'il n'y a pas de fièvre. Les piqûres sont faites tous les jours ou tous les deux jours. Ayant atteint la dose maxima, on la répète tous les deux jours, jusqu'à un total de 15 injections, soit en tout 2 g. 80 à 3 g. 20 de 4.000 M.

De l'ensemble de ses observations, l'auteur conclut que l'action tréponémicide du 4.000 M étant supérieure à celle des arsénobenzols correspondants, le pouvoir prophylactique de ce corps surpasse celui des arsénobenzols.

Le 4.000 M, tout en étant très actif, n'a causé aucun accident : ni crise nitritoïde, ni érythrodermie, ni aucun trouble grave quelconque. Les malades soumis au traitement augmentent de poids.

Action du propionate de testostérane sur l'organogénèse du tractus génital chez « Rana temporaria ». — M. L. Gallien. L'action de l'hormone mâle agissant dans les 4 mois qui suivent la métamorphose se traduit par une hypertrophie considérable du segment postérieur du canal de Wolff, sans toutefois changer l'aspect de sa paroi, et par une inhibition totale de l'ébauche müllerienne. Dans ces expériences, l'action masculinisante sur les territoires mâle et femelle est homologue.

J. Couturat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

28 Novembre 1944.

Rapport sur les maladies épidémiques en France en 1943. — M. Tanon.

Rapport sur la distribution de saccharine. — M. Lapicque, rapporteur, au nom de la Commission du rationnement alimentaire, rappelle que le sucre n'intervient pas seulement dans l'alimentation par sa valeur nutritive mais aussi par sa saveur qui joue sans doute un rôle utile dans la régulation de la digestion ; dans ce rôle, la saccharine peut apporter un complément au sucre ; aussi la Commission propose-t-elle, à l'Académie, d'émettre un vœu d'après lequel elle juge qu'il serait opportun de procéder à une distribution prochaine de saccharine.

— Ces conclusions sont adoptées.

Rapport sur les intoxications alimentaires au cours des années d'occupation (1940-1944). — M. Fabre rappelle que des intoxications alimentaires dues aux causes les plus diverses ont été observées pendant l'occupation : accidents en relation avec les carences alimentaires (substances diététoxiques), accidents provoqués par des aliments naturellement toxiques (rhubarbe, graines de légumineuses, etc.), accidents dus à des aliments souillés de substances toxiques (tricrésyl-phosphate ; chlorates et nitrites alcalins, arséniates de chaux, etc.), rôle éventuel de certains conservateurs colorants et édulcorants, infections d'origine bactérienne (botulisme, salmonelloses). Le rapporteur fait ressortir le rôle de l'Académie dans l'étude de ces différentes possibilités d'intoxication alimentaire.

Signes électriques de l'anémie corticale provoquée chez l'homme. — MM. Bounes, Bugnard, Fischgold et Planques. M. Baudouin, rapporteur. Les auteurs ont enregistré l'électroencéphalogramme de 12 sujets au cours de la compression d'une ou des deux carotides ; sur des sujets jeunes, ils n'ont obtenu aucun signe clinique ou électrique, même après une occlusion bilatérale de 70 secondes ; au-dessus de 40 ans, une occlusion assez longue des deux carotides détermine régulièrement l'apparition d'un rythme lent, avec des ondes plus amples que les ondes alpha normales ; ce rythme s'accompagne souvent d'une absence ou d'une perte de connaissance avec quelques mouvements convulsifs ; il est à noter qu'il n'a aucune analogie avec le complexe pointe-onde de l'absence épileptique ; dans un seul cas, l'occlusion d'une carotide a déterminé le rythme lent au niveau de l'hémisphère homolatéral et même de l'hémisphère opposé.

Deux années de vaccination antidiphtérique-antitétanique obligatoire dans le département de la Seine. — M. Besson. M. Tanon, rapporteur. L'auteur expose qu'au cours de cette période plus de 400.000 injections d'anatoxine Ramon ont été pratiquées par les médecins du service des vaccinations sans accident ou même sans incident digne d'être relaté. Cet effort doit être intensifié et l'exemple suivi dans tous les départements ; ce n'est qu'en appliquant strictement la loi sur tout le territoire que la lutte contre la diphtérie par l'anatoxine Ramon sera réellement efficace.

Utilité du foyer d'accueil avec centre d'observation et de triage pour les filles-mères et les pupilles de l'État ; essai de réalisation dans le département de l'Isère. — M. Bethoux.

Lucien Rouquès.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

30 Novembre 1944.

Traitement des abcès de la gaine du psoas. — M. Métivet conseille d'inciser de bout en bout la gaine du muscle, et de placer ensuite un méchage destiné à éviter les espaces morts et les hémorragies secondaires.

Considérations sur l'ostéomyélite de la hanche. A propos de 20 observations. — MM. Cahuzac et Ollé. M. Leveuf, rapporteur. Les auteurs ont eu de remarquables résultats en traitant cette grave localisation de l'ostéomyélite par l'immobilisation plâtrée, suivie d'incisions à minima des abcès une fois extériorisés, et ce, sans adjonction d'aucune thérapeutique antiinfectieuse. Le rapporteur distingue dans les observations celles qui ont trait aux arthrites vraies et celles qui sont avant tout des ostéomyélites. Il insiste sur l'amélioration du pronostic, autrefois si grave, des atteintes de la hanche.

Cytostéatonécrose juxtamammaire. — Cette observation de M. Enel, rapportée par M. Huet, correspond à 1 cas de cytostéatonécrose post-traumatique, remarquable par la duplicité des noyaux juxtamammaires. Hors le traumatisme, aucune autre cause n'a pu être retrouvée. L'examen anatomo-pathologique extemporané a permis le diagnostic exact. Son intérêt n'est plus à démontrer dans tous les cas où la nature de l'affection n'est pas évidente.

— M. Bazy cite 1 cas qu'il avait rapporté antérieurement où le diagnostic fut fait.

— M. Mondor rappelle qu'on a observé des faits de cytostéatonécrose extramammaire quelquefois à grande distance. Certaines expériences prouvent que le granulome lipophagique peut prendre naissance partout où existe du tissu graisseux. La duplicité nodulaire n'affirme pas l'existence d'un cancer.

— M. Huet insiste sur le fait que dans le cas de M. Enel, les lésions cutanées faisaient soulever l'hypothèse de cancer.

Appendicite aiguë avec lésions d'infarctus de l'appendice. — Ces 2 observations de MM. Huguier et Debeyre, rapportées par M. Huet, ajoutent à la description maintenant classique des infarctus de l'appendice. Un examen histologique très soigneux montre la réalité de cette lésion.

— M. Mondor cite des lésions semblables atteignant le méso-appendice, les franges graisseuses ou l'appendice lui-même.

Thrombose intracarotidienne à forme névralgique après ligature pour cancer cervical. Artériectomie de la fourche carotidienne. Résultats. — M. Dargent. Cette observation concerne un homme de 43 ans atteint de métastase cervicale d'un cancer pharyngé inopérable. Les douleurs étaient telles qu'après infiltration novocaïnique du ganglion cervical supérieur du sympathique, l'auteur pratiqua une exérèse qui l'obligea à lier la carotide primitive. Après une sédation des douleurs pendant 15 jours, leur réapparition mène à réséquer la fourche carotidienne. On obtient ainsi 2 mois sans douleurs. La mort survient ensuite par ulcération et hémorragie prouvant l'efficacité de la résection carotidienne qui a supprimé un nerf plexique.

Invagination de l'intestin grêle dans l'estomac à travers une bouche de gastroentérostomie. — MM. Tisserand et Girard (Besançon). M. Roux-Berger, rapporteur. Les auteurs ont observé chez un malade opéré d'ulcère gastrique l'apparition de vomissements et d'hématémèses qui amenèrent à réintervenir. Ils insistent sur le fait que ces symptômes ne doivent pas faire croire à la possibilité d'ulcère peptique, mais commandent l'opération d'urgence.

— M. Sénèque a analysé dans le *Journal de Chirurgie* 1 cas analogue.

— M. Charrier a observé 2 fois une telle invagination. Les lésions n'étant pas étranglées donnaient une image radiologique spéciale, en chou-fleur clair, dans l'estomac.

Le diagnostic précis peut donc être fait par radiographie.

— M. Mondor rappelle que l'hématémèse a, dans ces cas, autant de valeur que l'entérorragie dans l'invagination habituelle.

Jean Calvet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

1er Décembre 1944.

A propos du traitement des affections staphylococciques par la pénicilline. Administration simultanée de pénicilline et de méthyldiazine (2632 RP). — MM. L. de Gennes et D. Mahoudeau relatent 2 observations d'infections staphylococciques graves traitées à la fois par la pénicilline et la méthyldiazine. Le premier cas concerne une femme de 52 ans présentant un état septicémique grave, avec présence de staphylocoque dans l'urine, d'abord attribué à un phlegmon périnéphrétique, mais qu'une exploration chirurgicale permit de rattacher à des abcès corticaux du rein. Le traitement par les sulfamides usuels était resté sans effet. L'état de la malade semblait désespéré quand on donna de la méthyldiazine. La fièvre tomba au bout de 3 jours. Ensuite, pendant 5 jours, on injecta de la pénicilline (1.000.000 d'unités Oxford). Puis on reprit la méthyldiazine. Malgré la persistance de clochers thermiques, l'état général se transforma et la plaie opératoire se mit à bourgeonner. Malheureusement un épanchement pleural puriforme survint et la malade succomba.

Le second cas est celui d'un médecin, diabétique de vieille date, qui présenta un énorme furoncle de la nuque avec des décollements étendus. Une première série de pénicilline amena une amélioration remarquable, mais le traitement, trop tôt cessé, fut suivi d'une rechute avec phlegmon diffus de la nuque et état général très grave. On fit alors des injections locales de pénicilline et on donna par voie buccale 10 g. de méthyldiazine par jour. L'amélioration locale et générale fut rapide et la guérison complète.

Les auteurs soulignent l'intérêt de l'association pénicilline-sulfamides, et particulièrement méthyldiazine quand il s'agit de staphylocoques.

— M. Decourt relate plusieurs succès de la médication par la méthyldiazine, alors que les autres sulfamides avaient été mal tolérés. Il a pu donner 15 g. par jour sans incident, mais il faut surveiller les urines.

— M. Ravina insiste sur l'intérêt de l'administration locale de la pénicilline.

Étude thérapeutique de la sulfadiazine. — MM. Loeper, G. Nitti, Jean Cottet et André Varay ont étudié expérimentalement l'action thérapeutique de la sulfadiazine. Une faible toxicité, une remarquable tolérance permettant de hautes doses, une durée longue de passage dans l'organisme, un degré de

1. Le mode de publication tardif des *C. R. de l'Académie des Sciences* ne nous permet pas de donner plus rapidement le résumé des séances de cette Académie.

faible acétylation sanguine et de facile élimination des produits acétylés urinaires en sont les caractéristiques avec une activité propre incontestable du produit. Les auteurs rapportent plusieurs cas remarquables de guérison d'abcès du poumon, de méningites à pneumocoques, d'infection *post abortum*, de métrite gonococcique, de cystite après cathétérisme, de staphylococcie cutanée.

— M. Marquézy se félicite des bons résultats que lui a donnés ce médicament.

— M. de Gennes a pu guérir avec 267 g. de méthyldiazine en 6 semaines une méningite à pneumocoques très grave ; une rechute fut conjurée avec 250 g. et la guérison se fit sans séquelles. On peut réaliser d'énormes concentrations dans le sang et la tolérance est excellente.

Sur la diminution de l'alcoolisme à Paris. — MM. Jacques Decourt et A. Plichet apportent la statistique du pavillon des agités de l'hôpital Saint-Antoine, de 1936 à 1944. On y voit que le nombre des accidents nerveux dus à l'alcoolisme a considérablement diminué puisque, jusqu'à la guerre, il représentait 43 à 48 pour 100 des admissions (55 à 65 pour 100 des hommes, 21 pour 100 des femmes). Depuis la guerre, et surtout depuis l'établissement de la carte de vin, le nombre des alcooliques s'est abaissé à 5 ou 6 pour 100 des sujets admis (11 pour 100 pour les hommes et 0,7 pour 100 pour les femmes). Mais, d'autre part, le nombre des entrées s'est abaissé à près de moitié. Cette diminution globale du nombre des hospitalisés semble donc due avant tout à l'absence du contingent habituel des alcooliques.

Méningite méningococcique et méningo-encéphalite tuberculeuse associées. — MM. Jacques Decourt, I. Bertrand et G. Blanc. Chez une femme de 37 ans évolue, depuis 15 jours, une méningite dont la nature tuberculeuse paraît cliniquement vraisemblable. Dans le liquide céphalo-rachidien purulent on trouve en abondance des méningocoques. Sous l'influence de la sulfamidothérapie l'infection méningococcique guérit rapidement ; le liquide redevient limpide et stérile ne présentant plus qu'une lymphocytose modérée. Mais l'état clinique s'aggrave, la lymphocytose devient rapidement considérable et, le jour de la mort, le bacille de Koch est trouvé dans le liquide. A l'autopsie les lésions méningées ne différaient pas de celles d'une méningite tuberculeuse banale, mais il existait des lésions encéphalitiques diffuses, avec foyers nécrotiques et thromboses vasculaires, rappelant l'aspect de certaines encéphalites des maladies éruptives. On peut se demander si l'infection méningococcique ou la sulfamidothérapie ont joué un rôle dans la production de telles lésions. Pourtant leur nature tuberculeuse était indiscutable car on trouvait le bacille de Koch en abondance dans les lésions nécrotiques et il semble qu'on doive invoquer surtout l'allergie tuberculeuse et l'action des toxines bacillaires.

L'infiltration stellaire dans la pratique neuro-rhumatologique. — MM. S. de Sèze, A. Ryckewaert et Y. Gueguen. L'infiltration stellaire, par voie antérieure est une petite intervention simple, d'exécution facile, indolore et pratiquement inoffensive. Elle peut prendre place parmi les traitements ambulatoires d'une consultation de neurologie et de rhumatologie.

Elle constitue un traitement efficace des algies diffusantes post-traumatiques, caractérisées par l'apparition, à la suite d'un trauma souvent minime, de douleurs extensives, accompagnées souvent de gêne fonctionnelle et de troubles vasomoteurs.

Elle constitue un très bon traitement des noraparesthésies douloureuses des membres supérieurs, si fréquentes chez les femmes de 40 à 50 ans, ainsi que d'un grand nombre de syndromes algiques du membre supérieur. Le succès de l'infiltration stellaire ne fournit pas d'ailleurs une preuve décisive en faveur de l'origine sympathique des douleurs ; même des douleurs nettement radiculaires peuvent être améliorées, la proximité du ganglion étoilé et des racines C8 et DI ne doit pas être perdue de vue.

L'infiltration stellaire donne habituellement de bons résultats dans les paresthésies douloureuses, les troubles vasomoteurs et les raideurs phalangiennes qu'accompagne la formation des nodosités d'Heberden. Elle peut rendre aussi des services dans certaines formes et à certaines périodes de la polyarthrite chronique évolutive où son action est cependant inconstante. Elle mérite d'être essayée dans la maladie de Dupuytren à son début ainsi que dans les sympathalgies faciales.

L'infiltration stellaire n'est pas d'un très grand secours dans le traitement des périarthrites ankylosantes de l'épaule.

Les auteurs rappellent pour mémoire les succès de l'infiltration stellaire dans la maladie de Raynaud et la sclérodactylie, ainsi que dans les différentes formes organiques ou nerveuses de l'angor pectoris.

— M. Haguenau fait remarquer qu'on observe une grande différence dans les résultats de l'infiltration stellaire, selon qu'il s'agit de causalgies post-traumatiques ou de causalgies d'autre origine. En général on obtient de bons résultats dans les premières, fait important, vu le danger des autres méthodes. Les formes névralgiques, hyperalgiques, d'angine de poitrine sont plus influencées que les formes sternalgiques.

A propos du traitement chirurgical des néphrites. — MM. Riser, Becq, Géraud et A. Bardier (Toulouse) ont fait pratiquer une double décapsulation avec énervation au cours d'une poussée de gloméruIo-néphrite avec subcoma permanent, azotémie à 3 g. 65, P. S. P. de 5 pour 100, T. A. de 13×7 chez un homme de 28 ans. Considérable amélioration immédiate ; 3 ans 1/2 de survie, azotémie maintenue autour de 1 g. ; activité normale et azotémie moindre avec un régime équilibré, apportant 4.000 calories par jour et 745 g. de protides par semaine. Evolution vers une insuffisance cardiaque progressive, avec très gros cœur, T. A. 19×10, et mort par insuffisance cardio-rénale, grande anémie toxique classique.

Le test de Giroud chez les hypertendus artériels. — MM. Riser, Planques, Dardenne et Mlle Salles ont constaté la variabilité extrême de l'élimination en unités Giroud des sujets normaux et des hypertendus ; qu'il s'agisse de glomérulonéphrite hypertensive, de néphro-angiosclérose bénigne ou maligne, d'hypertonie vasculaire simple, il n'y a aucune proportion entre l'importance et la tolérance de l'hypertension et le nombre d'U. G. éliminées par jour. L'élimination peut être identique chez des malades relevant de types cliniques très différents, de même qu'elle peut être très différente dans la même catégorie. Aucune indication de pronostic, de malignité n'est correctement indiquée par le test.

Le test de Giroud chez une addisonienne. — MM. Riser, Planques et Dardenne ont recherché le test de Giroud dans les urines d'une addisonienne patente, pendant un an, avant et après prise de désoxycorticostérone et chez plusieurs sujets normaux recevant la même alimentation. Chez la malade on ne put mettre en évidence un pouvoir mélano-constricteur plus faible ; la charge ou la privation de désoxycorticostérone n'ont pas modifié ce pouvoir d'une manière sensible ; aucun parallélisme avec l'évolution de la maladie. P.-L. Marie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

2 Décembre 1944.

Action paradoxale de l'adjonction du carbonate de strontium à quelques régimes rachitigènes. — MM. P. Chauchard, H. Mazoué et R. Lecoq établissent que, paradoxalement, selon la nature de l'équilibre ou du déséquilibre des rations rachitigènes auxquelles on l'ajoute, le carbonate de strontium crée l'uviorésistance ou inhibe les effets de la carence lumineuse. En l'absence du calcium, les phénomènes d'uviorésistance disparaissent.

Action nerveuse centrale de l'hormone gonadotrope et des extraits posthypophysaires. — M. Paul Chauchard constate par analyse chronaximétrique que l'hormone gonadotrope possède une action dépressive centrale, tandis que les extraits posthypophysaires sont excitants ; ces propriétés doivent entrer en jeu dans le fonctionnement physiologique normal (neurocrinie).

Modifications biologiques consécutives à l'encéphalographie gazeuse. — MM. Jean Delay et A. Soulairac ont constaté régulièrement après encéphalographie gazeuse une hyperglycémie, une acidose, une hyperleucocytose sanguine, une hypertension artérielle. Ils comparent ces modifications au syndrome biologique du post-électro-choc.

Election. — M. Rostand est élu membre titulaire.

A. Escalier.

SOCIÉTÉ D'ETUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

10 Juin 1944.

Expectoration bacillifère au début et en fin d'évolution du cancer du poumon. — M. Max Fourestier. Dans les deux observations rapportées, l'expectoration bacillifère constatée dans l'une au début et dans l'autre en fin d'évolution d'un cancer du poumon ne traduisait pas l'évolution d'une tuberculose associée, mais la simple mise en liberté transitoire de B. K. venus de nodules crétacés anciens. La localisation initiale ou terminale du processus tumoral (près d'un nodule fibro-calcaire) et la rapidité évolutive de la néoplasie font comprendre la rareté de la tuberculose proprement dite secondaire à ces décharges épisodiques bacillaires, dans le cours évolutif de certains cancers du poumon.

Durée de l'allergie cutanée conférée par le BCG — MM. A. Courcoux, Boulanger et A.-C. Maclouf. 34 sujets antérieurement réagissants à la tuberculine ont pu être revus de 10 à 11 mois après les scarifications et éprouvés de nouveau par le Mantoux à 1 cg. Les résultats suivants furent obtenus : 15 réponses positives (soit dans 44 pour 100 des cas) ; 19 réponses négatives (soit dans 56 pour 100 des cas). La durée de la positivité des sujets semble proportionnelle au nombre de portes d'entrée.

18 sujets qui ont perdu toute sensibilité dermique à la tuberculine furent revaccinés. 4 sujets réagirent nettement à la tuberculine dès le 7e jour après les scarifications. La réapparition de l'allergie est donc accélérée chez un certain nombre de sujets.

Note sur un cas de virage des réactions cutanées à la tuberculine après injections de benzo-gynoestryl. — MM. J. Génévrier et A.-C. Maclouf. Cette observation extrêmement précise montre que les injections de folliculine ont agi comme facteur déclenchant. Toutes les causes secondes peuvent dans certains cas faire virer une réaction tuberculinique chez un sujet ayant une infection latente non décelable par le Pirquet ou le Mantoux. Une réaction tuberculinique négative n'est pas forcément synonyme de virginité de l'organisme vis-à-vis des bacilles.

L'intradermo-réaction à la tuberculine chez les enfants porteurs d'une cuti-réaction négative. — MM. A. Cayla et A.-C. Maclouf. 302 sujets âgés de 6 à 16 ans furent éprouvés (après double Pirquet franchement négatif) par l'intradermo-réaction à 1 cg. Sur ce nombre, 6 seulement présentèrent une réponse nettement positive caractérisée par une induration nettement palpable d'un diamètre égal ou supérieur à 1 cm., soit dans moins de 2 pour 100 des cas. Les enfants semblent être au moment où la sensibilité à la tuberculine est la plus forte et par conséquent décelable par l'épreuve la moins sensible.

Révélation spontanée, sous l'influence de la vaccination par le BCG, de tuberculino-réactions cutanées antérieurement négatives et pratiquées plusieurs mois auparavant. — MM. Max Fourestier et Michèle della Torre (Paris). Chez 3 sujets, jeunes adultes non allergiques (intradermo-réaction à la tuberculine au centigramme négative), internés dans un asile du département de la Seine, la vaccination par le BCG en scarifications cutanées a « révélé », quand est apparue l'allergie vaccinale (6 semaines après le BCG), les cuti et intradermo-réactions cutanées à la tuberculine pratiquées 4 mois auparavant et qui avaient été négatives. Sans nouvelles sommations tuberculiniques, spontanément, la zone cutanée où la cuti et l'intradermo-réaction avaient été signalées négatives est devenue papulo-érythémateuse, fixant ainsi en même temps que de nouveaux tests tuberculiniques positifs la date d'apparition de l'allergie tuberculeuse, conséquence de la vaccination par le BCG. Ces constatations expérimentales, qui confirment des faits cliniques récemment publiés, permettent de décrire un phénomène nouveau dans l'allergie tuberculinique : la tuberculine (peut-être sous certaines conditions) insérée dans le derme est capable d'y demeurer fixée inactive très longtemps (plusieurs mois), la zone d'insertion cutanée tuberculinique se révélant spontanément, comme la plaque photographique impressionnée, au moment de la primo-infection clinique ou vaccinale.

Examens systématiques des écoles d'un arrondissement de Paris. — MM. Vitry, Courcoux et Duret. Les observations des auteurs ont porté sur 3.382 écoliers : 1.962 pour les écoles libres et 1.420 pour les écoles publiques. La fréquence de la cuti positive s'est montrée faible, au-dessous des chiffres donnés autrefois : 33,6 pour 100 pour les écoles libres et 39,3 pour 100 pour les écoles publiques. La fréquence augmente à mesure que l'enfant grandit : 15,7 pour 100 à 7 ans et 57,2 pour 100 à 18 ans. A la radioscopie, les aspects certainement pathologiques ont été rares : 1,32 pour 100 pour les écoles libres et 3,6 pour 100 pour les écoles publiques.

Les résultats de ces examens doivent être transmis d'une part à la famille, d'autre part au dispensaire de l'O. P. H. S. Si la famille peut faire les frais du traitement médical et du placement, elle le fera ; sinon, le dispensaire interviendra pour jouer son rôle de confirmation du diagnostic, de recherche du contaminateur et du placement dans un établissement approprié.

Pleurésies hémorragiques au cours du pneumothorax artificiel et déséquilibre endocrinien. — MM. H. Mollard, H. Maschas et M. Duret rappellent les hypothèses fragiles proposées pour expliquer la venue d'épanchements hémorragiques chez les malades porteurs de pneumothorax artificiel et rapportent 3 observations de pleurésies anciennes banalement purulentes et devenues brusquement hémorragiques. Cette transformation eut lieu en l'absence de tout incident pulmonaire ou pleural. Elle coïncida avec des troubles endocriniens récents et importants. Une de leurs malades souffrait notamment d'une ménopause précoce. Un traitement hormonal par le dioxystilbœstrol rétablit l'équilibre endocrinien, et l'épanchement, cessant de se former, reprit aussitôt la teinte habituelle des pleurésies séro-purulentes. Il semble donc exister un lien entre les épanchements hémorragiques et les déséquilibres endocriniens. Ce n'est pas pour telle ou telle cause locale, mais c'est parce qu'un trouble hormonal modifie brusquement la dynamique circulatoire que tel malade souffre d'une hémorragie viscérale et tel autre, suivant le hasard de l'épine irritative, d'un épanchement pleural hémorragique.

Intérêt des examens biologiques dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire. — MM. Robert Monod, Marc Duret et J. Pieyre, de 40 observations recueillies depuis 4 ans à l'hôpital Laennec, dégagent les conclusions suivantes quant aux indications opératoires chez les tuberculeux pulmonaires. La réaction de Vernes-résorcine, la formule hémo-leucocytaire, la vitesse de sédimentation globulaire, l'indice d'haptoglobine paraissent des guides assez fidèles pour déterminer, parmi des malades classiquement tous justiciables de la thoracoplastie, ceux qui sont réellement capables de bénéficier de la collapsothérapie chirurgicale.

Des épreuves globalement favorables autorisent l'intervention ; des épreuves globalement défavorables constituent une contre-indication formelle, au moins temporaire. Des épreuves dissociées commandent la prudence ; elles doivent être renouvelées après une cure sanatoriale, afin de préciser, grâce à la stabilisation de leurs chiffres, le moment opportun et, le cas échéant, les modalités techniques de l'acte opératoire.

Radiculite du plexus brachial inférieur après section d'adhérences pleurales. — MM. V. Hinault, Ch. Coury et J.-A. Combet rapportent une complication tout à fait exceptionnelle de la méthode de Jacobæus : une radiculite du plexus brachial inférieur (C_8 — D_1) survenue après section d'une volumineuse bride apicale et évoluant sur un fond de polynévrite diffuse en relation avec un diabète et l'éthylisme. Ils incriminent, plus que le contact direct, le rayonnement thermique du cautère produisant au niveau des branches du plexus brachial des phénomènes de vaso-dilatation *a calore* pouvant aller jusqu'à l'hémorragie intra-nerveuse et expliquant le pronostic relativement réservé du cas qu'ils ont observé.

Corps fibrineux intra-pleural fixé et vascularisé. — M. J.-A. Combet rapporte un cas de corps fibrineux apical, volumineux, qu'il a pu examiner histologiquement. Cet examen a montré une véritable organisation fibreuse avec néo-vaisseaux expliquant sa particulière opacité radiologique.

Guérison sous l'influence d'injections intra-pleurales de sulfothiazol d'une pleurésie purulente grave non surinfectée consécutive à un pneumothorax thérapeutique. — MM. F. Bordet, H. Descamps et G. Letailleur. Grâce à ces injections, précédées de l'évacuation totale du pus, la pleurotomie a pu être évitée, les bacilles ont peu à peu disparu, l'épanchement est redevenu sérofibrineux, puis s'est tari en même temps que s'installait une symphyse progressive avec réexpansion du moignon pulmonaire. Dans d'autres cas avec ou sans perforation, sans aboutir à des résultats aussi complets, ce même traitement a permis d'obtenir des actions de stoppage sur la reproduction de l'épanchement et une amélioration plus rapide des symptômes généraux.

Mode de formation des paraffinomes à la suite des apicolyses avec plombage. — MM. A. Maurer, J. Delarue et Jean-C. Levaditi montrent qu'après une période de 7 années pendant lesquelles la paraffine a semblé parfaitement tolérée, la réaction histologique est considérable et constitue un paraffinome typique.

Névrome du phrénique après phrénicotomie. — MM. J. Dos Ghali et G. Thomeret rapportent le cas d'une malade qui, il y a 18 ans, avait subi une phrénicotomie pour tuberculose ulcéreuse du poumon droit et qui, 1 an après l'intervention, a commencé à présenter au niveau du cou, du côté opéré, des douleurs à type de causalgies extrêmement pénibles et persistantes, s'exagérant avec les mouvements. L'examen clinique a permis d'apercevoir fortuitement, sous le sterno-cléido-mastoïdien, une petite tumeur très douloureuse, roulant sous le doigt, qui, à l'intervention et à l'examen histologique, s'est révélée être un névrome du bout central du phrénique. L'ablation de cette tumeur a fait disparaître les douleurs.

Réinfection tuberculeuse avec érythème noueux. — MM. J. Dos Ghali, L. Wicart et A. Pierrart. Il s'agit d'une malade âgée de 55 ans qui avait présenté à l'âge de 20 ans des accidents de primo-infection tuberculeuse se traduisant par une pleurésie et une ascite sérofibrineuses. Bien portante par la suite, elle fut atteinte au début du mois de Mars dernier d'un épisode aigu fébrile au décours duquel apparut un érythème noueux typique. La cuti-réaction à la tuberculine était pourtant négative, mais l'intradermo-réaction a reproduit une lésion d'érythème noueux particulièrement intense qui a persisté près de 5 semaines.

Par ailleurs, les investigations les plus minutieuses n'ont permis de découvrir aucune lésion tuberculeuse pulmonaire ou péritonéale. Il s'agit donc d'une réinfection tuberculeuse vraie avec érythème noueux sans autre localisation bacillaire apparente.

Les nucléoprotéides et les phospholipides du bacille de Koch, poisons tuberculeux de la lésion et de la fièvre. Action protectrice des ferments dégradateurs. — M. F. Maignon. Les nucléoprotéides et les phospholipides bacillaires, libérés par l'action de la pepsine chlorhydrique sur des bacilles de Koch tués par la chaleur, produisent en injection intraveineuse de la fièvre et en injections sous-cutanées ou intramusculaires de la fibrose et de la nécrose. Ils se trouvent dans les bacilles à un stade prétoxique. Leur injection fait apparaître, comme dans l'anaphylaxie, des premiers ferments producteurs des stades toxiques, puis de seconds ferments destructeurs de ces stades qui représentent les poisons tuberculeux. Ces ferments dégradateurs exercent une action protectrice, vis-à-vis de la lésion, sur des sujets sains injectés, ainsi que sur des cobayes tuberculisés auxquels on administre tous les jours ces ferments par la bouche, incorporés à du lactose. Dans ce dernier cas, alors que les témoins mouraient farcis de tubercules, les traités mouraient d'amaigrissement par les peptones bacillaires contre lesquelles ils n'avaient pas été protégés avec des lésions nulles ou insignifiantes.

Les aspects radiologiques du parenchyme pulmonaire autour des cavernes ballonnées. — MM. M. Bariéty et J. Paillas en décrivent 4 aspects différents : 1° Distension cavitaire irrégulière à paroi festonnée avec assombrissement péricavitaire et extension lésionnelle ; 2° anneau sombre cerclant la caverne ; 3° rétraction massive d'un parenchyme assombri avec caverne saillante et rigide ; 4° ballonnement au sein d'un parenchyme non modifié.
Ils envisagent les problèmes pathogéniques que posent ces images.

Infiltration labile à rechute autour de calcifications pulmonaires et ganglionnaires semblant les reliquats d'une primo-infection lointaine. — M. P. Jacob et Mlle Scherrer présentent l'observation d'un homme de 33 ans en bonne santé apparente dont le poumon et le hile gauches sont semés de calcifications nombreuses et qui en 15 mois a présenté à 3 reprises, en même temps que quelques phénomènes généraux (hémoptysie la première fois, fièvre légère et fugace, amaigrissement modéré), une infiltration pulmonaire étendue noyant les calcifications, régressant en quelques jours. Le dernier incident a été accompagné du rejet d'une pierre du poumon correspondant à la disparition d'une des calcifications sur les clichés radiographiques pris ultérieurement.

Nouvelle enquête sur la tuberculose conjugale. — MM. P. Tulouet M.-G. Parrique. Sur 1.892 conjoints de tuberculeux bacillaires on trouve 12 pour 100 d'atteintes pulmonaires bacillifaires. Sur 306 conjoints de bacillaires, 7 pour 100 ont une atteinte tuberculeuse radiologiquement évidente, et 27 pour 100 des anomalies radiologiques du thorax.
Dans un second groupe de 378 conjoints de tuberculeux bacillaires, se trouve : 17 pour 100 de tuberculose pulmonaire active, 12 pour 100 d'anomalies radiologiques pulmonaires, 4 pour 100 de pleurésie.
Les auteurs affirment l'existence de la contagion, la nécessité de la déclararion de la tuberculose pulmonaire, l'obligation aux soins et réclament l'isolement strict et permanent de tous les tuberculeux contagieux, ainsi que la surveillance prolongée des conjoints et ex-conjoints de tuberculeux contagieux.

Un syndrome de Löffler remarquable par l'intensité de ses manifestations radiologiques et générales. — MM. A. Marmet et A. Garnier. Ce syndrome a coïncidé avec la réapparition des règles chez une malade aménorrhéique depuis 2 ans. Rôle déclenchant ou intensifiant des sécrétions ovariennes.

Le centre de post-cure de Passy. — M. E. Sivrière expose les idées qui ont présidé à la fondation du Centre de post-cure à Passy, dès 1941. Un accord avec le C. L. C. a permis de reclasser les anciens tuberculeux pulmonaires, d'abord dans la menuiserie, puis dans l'horlogerie. L'A. R. P. (Association pour la Rééducation et le Reclassement professionnels) a puissamment contribué à cette œuvre.

Les lacunes de la radiophotographie. — M. J. Lecœur.

Nouveaux cas de visage spontané de la cuti-réaction à la tuberculine. — MM. E. Rist et Ch. Coury.

Index tuberculinique et index radiologique. Leur parallélisme dans les établissements d'enseignement des 7 villes principales du département de la Manche et de 10 communes de ce département et dans 7 collectivités de la Haute-Savoie. — M. H. Monnier.

Bronchectasie du lobe moyen gauche. Lobectomie. — MM. M. Cord et O. Monod.

La bronchoaspiration des cavernes pulmonaires ballonnées. — MM. J.-M. Lemoine, A. Diacoumopoulos et Paillas.

Section de brides par voies d'abord sous-claviculaire et interscapulo-vertébrale combinées. — MM. G. Roche et L. Rousselin.

Les bases pathogéniques de la collapsothérapie précoce. — M. Vaquette.

Étude bactériologique des cavernes tuberculeuses par prélèvement direct transthoracique. — MM. Gernez-Rieux, Morseau et Tison.

Sur 3 cas de syndrome de Cl. Bernard-Horner après opération de Jacobæus. — M. Secousse et Fréour.

Sur un syndrome vertigineux durable (syndrome de Barré et Liéou) après pleuroscopie. — MM. Delmas-Marsalet, Secousse et Fréour.

Les indications limites des désinsertions pulmonaires par voie endoscopique. — M. J. Braillon.

Hémoptysies vasomotrices rapidement curables par la novocoïne intraveineuse. — M. Le Lourd.

Formule d'Arneth et granulations toxiques ou pathologiques au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. L. Bethoux et A. Fabre.

Echec des sulfamides par la voie habituelle. Succès local. — MM. Dussert, Calendreau et Béchard.

Dosage du fibrogène sanguin chez les tuberculeux pulmonaires. — M. A. Dufourt, Mme Paillot-Brion et Mlle Y. Battendier.

Le pneumothorax extra-pleural précoce. — M. Delbacq.

Indicateur de poids de vaccin BCG et appareil automatique pour la vaccination cutanée par le BCG. — M. Konrad Birkaugg.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

22 Mai 1944.

Epilepsie tardive avec troubles mentaux consécutive à une leptoméningite chronique. — MM. E. Martimor et J. Morice. Crises d'épilepsie ayant débuté à 47 ans, précédées et suivies de troubles de l'humeur et de confusion mentale et liées à une leptoméningite chronique bilatérale avec intense réaction névroglique. Les paroxysmes comitiaux semblent, sur ce terrain, avoir été déclenchés par des poussées hypertensives.

Electrochoc et cycle sexuel. — MM. Jean Delay, André Soulairac et A. Corteel. Modification du cycle sexuel chez 20 pour 100 des femmes soumises au traitement par l'électrochoc (aménorrhée ou moindre durée des règles, syndromes intermenstruels avec ovulation du 15e jour).
L'électrochoc chez le rat entraîne une augmentation générale de l'activité génitale avec prédominance de l'activité œstrogène.
Ces résultats sont en faveur de l'action diencéphalo-hypophysaire de l'E. C.

Deux ans de fonctionnement d'un centre d'observation, de triage et de rééducation pour troubles du caractère dans le cadre des services de neuro-psychiatrie infantile de Seine-et-Oise. — MM. Georges Paul-Boncour et Julien Rouart. Sur 113 enfants placés par le service de neuro-psychiatrie infantile de Seine-et-Oise dans un centre pour caractériels, en 2 ans, 70 ont été améliorés nettement et certains ont pu être placés dans des centres d'apprentissage. Insuccès surtout chez les hyperthymiques ou paranoïaques hypersthéniques.

Remarques sur l'utilisation du salicylate de soude, du colchique et du cautère permanent dans quelques cas d'épilepsie essentielle. — M. H. Daussy et Mlle E. Wolff ont cherché, en dehors des médications classiques, à agir, sinon sur la cause de base, du moins sur des facteurs intriqués complémentaires (fonctionnels, métaboliques toxiques).
Résultats favorables, constants, durables dans les troubles caractériels. JEAN DUBLINEAU.

SOCIETE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE

12 Avril 1944.

Résultats comparés des palpations de rates faites dans les régions soudanaise et de Haute-Guinée. — M. Ch. Joyeux. Au bout de 35 années l'indice splénique des enfants de 5 à 6 ans, c'est-à-dire celui auquel les épidémiologistes attachent le plus d'importance, n'a pas pratiquement et sensiblement varié. L'intensité du paludisme est toujours la même.

Les variations des agglutinines de la peau inoculée et saine chez le lapin infecté par voie dermique avec du virus typhique. — MM. P. Giroud et B. Sureau. Dans la peau infectée on constate la montée massive des agglutinines locales, puis une élévation considérable du taux de ces agglutinines. Cette poussée est transitoire, dans la suite le taux devient comparable à celui constaté dans le sang. La peau prélevée en dehors du nodule présente des agglutinines qui suivent l'apparition des anticorps du sang ; il n'y a pas de clochers ; les taux ne sont jamais élevés.

Rapport de la Commission chargée de définir l'état de prémunition dans le paludisme. — Il existe 2 catégories de maladies infectieuses : 1° celles qui vaccinent et qui laissent, après guérison, une résistance totale à une réinoculation et dans lesquelles le virus disparaît de l'organisme immunisé ; 2° celles qui ne sont pas suivies d'immunité vraie, stérilisante, mais qui provoquent dans l'organisme, tant qu'il est porteur de germes, une résistance à la réinfection ; cette résistance doit être désignée par le terme de « prémunition ». Le paludisme rentre dans cette 2e catégorie.

Nouveau cas de pseudotuberculose du singe, constaté sur des Babouins Papio papio. — M. J. Nouvel.

Etude, chez le rat blanc, d'une souche neurotrope de « Trypanosoma gambiense. » — MM. E. Roubaud, G. Stefanopoulo et Mlle S. Duvolon. R. DESCHIENS.

SOCIÉTÉS DE PROVINCE

SOCIETE DE CHIRURGIE DE LYON

1er Juin 1944.

Quelques remarques sur l'usage de solution 143 en chirurgie. — MM. Ricard, Francillon et Pellerat. Le poids moléculaire élevé des corps organiques de synthèse employés dans la solution 143, de composition voisine de celle du plasma sanguin, confère au subtosan la propriété de ne pas dialyser comme le sérum ordinaire. Dans les états hémorragiques le 143 ne peur prétendre à remplacer la transfusion, mais permet de tenir avant que cette dernière puisse être réalisée. Comme moyen de traitement préventif du choc le 143 est très indiqué dans les interventions importantes, en particulier dans les interventions cérébrales. Mais c'est dans le traitement du choc que les effets du 143 sont les plus impressionnants ; ici, cette solution luttant efficacement contre l'exhémie est très supérieure au sérum ordinaire et à la transfusion.

Parotidite chronique chez un enfant. — M. Tavernier. Enfant de 5 ans. Depuis 2 ans développement d'une volumineuse tuméfaction localisée à la parotide gauche. Pas de paralysie faciale, pas de calcul visible à la radiographie. Pas de lésion du Sténon exploré sur 2 cm. B.-W. négatif. Biopsie : lésion inflammatoire sans caractère de spécificité.

Angiocholite dans les suites éloignées d'une cholécysto-gastrostomie pour vésicule de stase. — MM. Mallet-Guy, Guillet et Collenet. 10 ans de guérison parfaite après cholécysto-gastrostomie pour vésicule de stase, puis crises d'angiocholites. Aggravation progressive, signes d'insuffisance hépatique. Radio : reflux dans la vésicule, présence d'air dans la voie biliaire principale. L'intervention, 21 ans après la cholécysto-gastrostomie, montre la perméabilité de l'anastomose, l'absence d'obstacle sur la voie principale, et la radiomanométrie per-opératoire confirme le diagnostic d'atonie des voies biliaires. Cholécystectomie, drain de Kehr. Guérison opératoire. En somme, fait exceptionnel d'angiocholite ascendante grave après anastomose vésiculaire restée perméable et en l'absence de tout obstacle sur la voie principale.

Tentative de suicide par balle tirée dans la région précordiale. Section de la moelle dorsale sans autre lésion viscérale. — MM. Ricard et Francillon. Femme de 32 ans. Orifice d'entrée dans la région sous-mammaire gauche. Pas de signe thoracique, mais syndrome de section de la moelle. Radio : balle incluse dans la masse lombaire droite, fracture du canal rachidien en D10 et D11. Laminectomie 4 jours après, la moelle a été tunnelisée d'avant en arrière. Nettoyage. Fermeture de la dure-mère. Décès 2 jours après, en hyperthermie.

Les méfaits de l'ostéosynthèse par lames de Parham. — MM. Creyssel et Meley. En 1923, fracture des 2 os de l'avant-bras traitée par ostéosynthèse (plaque serrée par 2 lames de Parham sur le radius et le cubitus). Ablation du matériel de synthèse du radius en 1930. En 1944, 21 ans après, pseudarthrose de l'avant-bras, déformation considérable. Radio : pseudarthrose du radius ; sur le cubitus la plaque s'est déplacée et en face de chaque lame résorption osseuse totale en bague créant une véritable pseudarthrose. L'ablation précoce des lames de Parham dans le but d'éviter les troubles trophiques et les fractures itératives n'est pas recommandable, car c'est risquer les déformations secondaires ; l'ostéosynthèse par lames de Parham doit donc être rejetée. PIERRE MARION.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE LYON

30 Mai 1944.

Les hernies cérébrales internes et leur influence sur la séméiologie des tumeurs (projections). — MM. L. Bériel et Cateland. La hernie des amygdales cérébelleuses (Cushing) et l'engagement temporal (Cl. Vincent) sont à l'origine de signes dits « de localisation », signes en réalité à proximité ou à distance, selon la situation de la hernie par rapport à la tumeur. D'autres hernies, moins bien caractérisées, que les auteurs appellent « alvéolaires » sont responsables de signes paradoxaux : signes hypophysaires, anosmie, signes moteurs pyramidaux, etc.

Paralysies oculaires parodoxales dans les tumeurs cérébrales (projections). — MM. L. Bériel et Cateland. Les paralysies oculaires paradoxales du VI se produisent soit par étirement du nerf, dans le cas de déplacement du tronc cérébral en direction du trou occipital, soit par striction exercée par l'artère méningée moyenne (Cushing). Celles du III, qui sont dues à une hernie (Alajouanine, Thurel et Villey) paraissent assez fréquentes.

Une forme exceptionnelle d'engogement amygdalien (projections). — MM. L. Bériel et Cateland. Dans un cas, une hernie des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital s'est produite, non pas sous la poussée de l'hypertension intra-cranienne, mais par une traction due à des formations arachnoïdiennes kystiques.

La hernie pré-sylvienne. — MM. L. Bériel et Cateland attirent l'attention sur un type d'engagement fréquent, non encore décrit, qui se produit en arrière de la crête de la petite aile du sphénoïde, aux dépens des portions orbitaires des circonvolutions frontales. Cet engagement, par l'étirement et la compression de l'artère sylvienne qu'il réalise, paraît être la cause de ces troubles moteurs ou de ces crises jacksoniennes que l'on observe dans certaines tumeurs et dont la pathogénie est toujours restée discutée.

Syndrome de Cotard guéri par l'électrochoc chez un homme de 70 ans ayant présenté de l'hypertension artérielle et des manifestations angineuses. — MM. J. Dechaume, P.-F. Girard et D. Moreau. Délire des négations typique chez un ancien hypertendu à 20 ayant présenté des crises angineuses dont l'une a duré 36 heures. Guérison complète des troubles mentaux après 20 séances d'électrochoc sans incident.

Abcès du poumon. Dilatation des bronches et ganglions calcifiés hilaires ; complications lointaines des primo-infections. — MM. Paliard, Galy, Marcel Bérard et A. Bertoye présentent des radiographies concernant 2 dilatations des bronches et 2 abcès gangréneux du poumon droit, développés dans le territoire d'une bronche entourée de gros ganglions hilaires calcifiés, qui la compriment.

Myélose aleucémique mégacaryocytaire. Radiothérapie splénique. Aleucie hémorragique terminale. — MM. P. Ravault, M. Plauchu, J. Viallier et Fontan.

Métastase sternale au point de ponction chez une malade atteinte d'une tumeur du paramètre. — MM. J. Viallier et A. Lucand.

SOCIETE DE MEDECINE DU TRAVAIL DE PROVENCE

11 Avril 1944.

A propos d'un cas d'intoxication chronique par le trichloréthylène. — M. Henri Ollivier présente un cas d'intoxication chronique par « Tri » caractérisé par une céphalée très intense, une légère anémie et des signes d'insuffisance hépatique. Persistance de la céphalée près d'un an après le début de l'intoxication. Amélioration par thérapeutique antianémique intensive. L'auteur suggère que la question des modifications de la formule sanguine au cours des intoxications par le « Triklor » soit à nouveau étudiée et que les patrons d'usines soient mieux renseignés sur la nocivité du produit.

L'embauche du trachomateux. — M. J. Sedan (qui a antérieurement étudié les 3 problèmes suivants : un accident du travail peut-il causer l'inoculation du trachome ; un accident du travail peut-il réveiller un trachome latent ; un trachome antérieur peut-il compliquer un accident ?) étudie aujourd'hui un 4e point de la question : l'embauche du trachomateux. Tout travail sera interdit aux trachomateux florides, fluents, contagieux. Par contre, après examen compétent à l'embauche, le trachomateux blanchi sera autorisé à travailler dans certaines professions qui ne l'exposeront pas à des accidents redoutables pour lui (poussières, corps étrangers, mines, etc.) et n'exposant pas son entourage à pâtir du réveil possible de son mal (soins aux enfants, aux malades, manipulations de denrées alimentaires, hôtels, bains, etc.).

Essai d'organisation d'un service de psychotechnique à la Société des Raffineries de Saint-Louis, à Marseille. — M. J.-M. Jaur.

G. GAUTHIER.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 664.

Les mésaventures d'un hachischin

Par JEAN DELAY.

« M. Sylvestre de Sacy a démontré, en s'appuyant sur différents textes arabes, que le mot *assassin* était la corruption du mot *hachischin* et qu'il avait été donné aux Ismaéliens parce qu'ils faisaient usage d'une liqueur enivrante appelée hachisch. »

(MOREAU DE TOURS : *Du hachisch et de l'aliénation mentale* [*Masson*], Paris, 1845, 11.)

I

Louis Le G... est un garçon de 20 ans qui vit seul à Paris. Il y a quelques années, sa mère s'étant remariée, Louis qui ne s'entendait pas avee son beau-père quitta la maison. Sans ressourees, il vécut à Paris d'expédients, dans une condition misérable, mais il y a quelques mois il découvrit un commerce fructueux : il se mit à revendre des harengs, clandestinement, dans les couloirs du Métropolitain, ce qui lui rapporta en moyenne — signe des temps — la somme coquette de quinze cents francs par jour. Il en profita pour s'initier à divers plaisirs. Un soir, au restaurant, des amis de rencontre lui proposèrent des cigarettes extraordinaires, faites avec une herbe magique. Louis les acheta et rentré dans sa chambre d'hôtel, boulevard Ornano, se coucha et commença à fumer une, puis deux, trois, quatre, cinq cigarettes. Il était dix heures du soir. Au bout d'un moment il se sentit envahi par une profonde béatitude.

Le lendemain 18 Avril, à 13 h. 10, Louis le G... se présentait au commissariat de police du ° arrondissement, dans un état d'agitation extrême : « Arrêtez-moi, je suis un assassin, je viens de tuer mon beau-père. » Il était immédiatement arrêté.

*
* *

Que s'était-il done passé entre l'euphorie des premières cigarettes et l'entrée tumultueuse au commissariat ?

Tout d'abord Louis avait ressenti un état extraordinaire de béatitude. Il s'était cru transporté en paradis, mais ce paradis était celui de Mahomet. Assis sur un divan, il était entouré de jeunes femmes, peu vêtues et familières. Il n'éprouvait nul besoin d'en user comme un garçon de son âge ; à les contempler, à les écouter — car certaines chantaient — il découvrait un plaisir platonique jusqu'alors inconnu. Les musiques, les parfums composaient une si heureuse alliance qu'il s'entendait rire de bonheur. De nouvelles et non moins belles créatures défilèrent qui portaient sur des plats d'argent des mets somptueux et rares, l'une d'elles en particulier passait et repassait sans cesse, tenant à bout de bras une corbeille d'énormes raisins rouges. Puis les musiques se turent, ses compagnes s'évanouirent et Louis se retrouva dans sa chambre solitaire, agité et désorienté.

Il s'habilla et sortit. Longuement il déambula dans un Paris nocturne, silencieux et désert. Au coin d'une rue, une prostituée l'entraina dans une maison de passe : Louis se rappelle seulement la couleur du papier de la chambre, la difficulté qu'il éprouva pour la première fois de sa vie à réaliser ses désirs et le temps infini que dura cette brève rencontre qui, d'après le prix mndique qu'il eut à payer en sortant, n'avait dû pourtant retenir sur l'horloge qu'un peu de temps compté. Dehors, il se sentit affreusement las, ses jambes ne le portaient plus et ne pouvant regagner son domicile il s'arrêta en route, dans un hôtel de la rue Saint-Denis. Une enquête policière démontra en effet qu'il y était entré vers 1 heure du matin, avait rempli sa fiche, payé d'avance le prix de la nuit et occupé la chambre n° 19.

C'est alors que le drame commence. De nouveau Louis est sorti. Une force impérieuse le guide : il n'agit plus, il est agi. Il traverse quartier après quartier, allant toujours droit devant lui, au long de rues interminables, sans ralentir le pas, sans plus sentir de fatigue. Il va et tout à coup, dans l'aube livide du petit jour, il se trouve en face de la maison qu'occupent sa mère et son beau-père, dans la banlieue parisienne. Fait remarquable, toutes les portes en sont ouvertes. Louis monte l'escalier, arrive au premier étage. Il entend un pas traînant... C'est son beau-père qui a déjà revêtu son « bleu » de travail. Louis se tapit dans un coin d'ombre, se ramasse, bondit et, sautant sur l'homme par derrière, le fait tomber à terre. Puis, avec une rage forcenée, il serre entre ses mains le cou de sa victime et ne s'arrête que lorsqu'elle agonise. Louis repousse le cadavre dans une chambre « dont la porte est ouverte » et la ferme à clef. Il descend l'escalier, jette la clef n'importe où, et court, court sans savoir où il va.

Quelques heures plus tard, il se retrouve assis tout habillé sur le lit de la chambre n° 19 de l'hôtel de la rue Saint-Denis. Le désordre de ses vêtements, la poussière de ses chaussures témoignent de sa randonnée nocturne. Il revit tous les détails de la scène de l'assassinat avec une hallucinante précision. Affolé, il va se constituer prisonnier. A 13 h. 10, il fait sa déposition au commissariat.

*
* *

Devant la précision des détails donnés par le jeune assassin, le commissaire ordonna une enquête immédiate. La police se rendit sur les lieux du crime non sans avoir réquisitionné un serrurier. Mais les serviees de celui-ci devaient se révéler inutiles : le beau-père de Louis, en parfaite santé, était dans sa salle à manger en train de finir paisiblement son déjeuner ; très étonné de ee qu'on lui apprit, il déclara n'avoir pas revu son beau-fils depuis plusieurs années.

A 18 heures on procéda au poste à un nouvel interrogatoire de Louis qui s'était endormi d'un sommeil pesant. Le rapport de police note une énorme *dilatation pupillaire*. La nuit du 17 au 18 Avril fut marquée pour les Parisiens par un bombardement violent. Louis déclara n'avoir rien entendu, ni sirènes ni bombes. Ce fait joint à la fausse déclaration parurent suffisants pour motiver son envoi à l'Infirmerie spéciale d'où il fut interné à la Clinique psychiatrique de Sainte-Anne.

II

1° *Le diagnostic du syndrome* ne présente pas de diffieultés. Louis a vécu une nuit d'*onirisme*. On peut la reconstituer en trois phases : la première se situe boulevard Ornano, elle est caractérisée par les visions béatifiques, la seeonde par l'automatisme ambulatoire qui mène le jeune homme de son domicile à la rue Saint-Denis, la troisième se passe dans la chambre n° 19 de l'hôtel de la rue Saint-Denis, elle est centrée sur le thème de l'assassinat.

Ces différentes phases répondent à divers degrés de *dissolution de la conscience*. Comme dans tout état second, on peut distinguer ici deux aspects : l'un négatif correspond à la *dissolution* des synthèses mentales qui assurent l'adaptation au réel, l'orientation temporo-spatiale, les activités volontaires, l'autre positif traduit la *libération* d'automatismes imaginatifs et d'automatismes moteurs. La comparaison s'impose avec le sommeil et le rêve, le sommeil ou la confusion représentant l'aspect négatif d'une dissolution, dont le rêve ou l'onirisme représentent l'aspect positif.

Différents degrés d'*amnésie* répondent aux différents degrés de dissolution. Comme il n'y a pas eu dissolution totale mais oseillations dans l'échelle des niveaux de conscience, l'amnésie de Louis n'est pas lacunaire, découpant à l'emporte-pièce une tranche du passé, mais *parcellaire*, grignotant la trame du passé sur un mode pointilliste, sans qu'on puisse d'ailleurs distinguer le détail véeu du détail rêvé. Louis a vu en réalité la couleur du papier de la chambre de passe, il n'a vu que dans son imagination les portes de la maison familiale grandes ouvertes — admirable trait onirique — mais imaginations et souvenirs ont pour lui le même coefficient de réalité. Et c'est ee qui explique l'autodénonciation d'assassinat qui présente un intérêt *médico-légal* sur lequel nous avons insisté ailleurs [1].

2° *Le diagnostic étiologique* est également facile, car l'analyse des cigarettes a montré qu'elles contenaient du *hachisch* ou chanvre indien dont les propriétés enivrantes sont connues depuis l'antiquité.

La première étude clinique est due à Moreau de Tours qui publia en 1845 *le Hachisch et l'aliénation mentale.* On retrouve chez notre malade la plupart des traits si bien observés par le médecin de Bieêtre, puis par d'autres expérimentateurs : l'extraordinaire félicité des débuts de l'ivresse, son caractère voluptueux et pourtant platonique, les modifications du temps qui s'allonge, de l'espace qui s'illimite, l'abolition de la volonté, l'émancipation de l'imagination, les illusions et les hallucinations de tous les sens, l'exaltation affective, l'augmentation de la sensibilité musicale, les impulsions irrésistibles.

Le hachisch est passé de mode, mais à l'époque où parut le livre de Moreau de Tours on était en plein romantisme et l'herbe aux rêves devait connaître la vogue parmi les « contempteurs du réel ». De leurs ivresses respectives, Gautier et Baudelaire ont donné de précieuses relations moins caractéristiques du génie du hachisch que de leur génie propre.

3° On peut se demander en effet dans la *psychopathologie* du délire hachischin quelle est la part du toxique, quelle est la part du sujet, et eeci en particulier ehez notre malade quant au thème de l'assassinat.

Est-il dû au *toxique* ? Les récits de Marco Polo et des chroniqueurs des croisades ont fait connaître l'histoire du Cheik-el-Djebel (le vieux de la Montagne) qui avait appris de la secte des Ismaéliens à assurer, grâce au hachisch, sa domination sur des jeunes gens dont il faisait à volonté des assassins, les hachischins, en leur suggérant au moment de l'ivresse le désir du meurtre. Les erimes de la secte des hachischins sont sans doute à mettre sur l'effet *indirect* du haehisch qui crée une suggestibilité mettant à la merci de toute directive. On ne saurait prétendre en effet que le hachisch à lui seul soit un philtre d'assassinat, d'innombrables délires en témoignent dont l'idée de meurtre est absente, aussi bien ne eroyons-nous pas plus à l'étroite spécificité des thèmes psychologiques du chanvre qu'à eelle des autres toxiques : ils ne donnent guère que ce qu'on leur apporte.

Chez notre *sujet* le phantasme de l'assassinat est venu non d'une influence extérieure mais des profondeurs même de son subconscient. On connaît la thèse freudienne qui voit dans le contenu des rêves et des délires la réalisation d'un désir refoulé. Point n'est besoin ici d'interpréter un travestissement symbolique ou de faire jouer la clef des songes : les faits parlent d'eux-mêmes. C'est droit à la maison natale que Louis se rend pour l'assassinat du « père », ou du moins de celui qui joue auprès de la mère ee rôle. A la faveur de la dissolution des censures morales que réalise la troisième phase du délire haehischin, la libération affective qui se produisit extériorisa la haine mortelle du beau-père. C'est ici le type même du *crime œdipien*, la vertigineuse assomption de l '« imago » brutalement remontée des abîmes. Peut-être serait-il utile d'expérimenter le hachisch à l'égal du scopochloralose parmi les méthodes d'exploration pharmacodynamique du subconscient destinées à l'extériorisation des complexes affectifs.

*
* *

Louis est maintenant complètement sorti de son onirisme. Il jure volontiers qu'il ne touchera plus à l'herbe maudite, mais que ne jurerait-il pas ? Il lui tarde d'être libre et de retrouver avec le climat du Métropolitain le fructueux commerce des harengs. Il *sait* qu'il a rêvé, mais il a peine à le *croire* tant son expérience délirante fut « vécue ». Sans doute bien des convietions délirantes ne sont-elles que le reliquat de semblables expérienees « vécues » en état d'onirisme, spontané ou provoqué, moments féconds générateurs de la psyehose. Moreau de Tours l'avait déjà pensé qui voyait dans l'ivresse onirique le « fait primordial » des délires chroniques.

Ainsi l'étude de l'ivresse du hachischin a-t-elle une réelle importance pour celle de l'aliénation mentale, et c'est pourquoi il ne nous a pas semblé sans intérêt de relater cette brève histoire, un peu trop archaïque par certains aspects, un peu trop moderne par d'autres : les mésaventures d'un hachischin ou des suites imprévues du marché noir.

1. Jean DELAY, J. MAILLARD et GENDROT : Onirisme hachischin avec auto-dénonciation d'assassinat fictif. *Soc. médico-psychol.*, 8 Mai 1944.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
HYGIÈNE ET MÉDECINE DU TRAVAIL
PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE M. A. FEIL

Dermatoses professionnelles et réparation

Nous avons fait paraître ici même, en 1937, une note sur la réparation des dermatoses professionnelles. Mais, à l'époque, peu nombreux étaient les médecins qui prenaient quelque intérêt à la médecine du travail. On nous excusera donc de revenir sur ce sujet que des incidents récents, occasionnés par les huiles d'anthracène, ont remis à l'ordre du jour.

Actuellement les seules dermatoses admises à la réparation sont les suivantes : Les affections cutanées, ou plutôt certaines affections cutanées déterminées par les rayons X ou les substances radio-actives; par les ciments; par le trichloronaphtalène; par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins; les dérivés chlorés de l'éthylène; les dérivés chloronitrés; le dinitrophénol; l'aniline et les autres amines aromatiques; le brai de houille; le sesquisulfure de phosphore; le charbon professionnel; l'arsenic ou ses composés.

Cette liste déjà longue apparaît cependant très limitée si l'on songe au nombre considérable des dermatoses professionnelles; et l'on s'étonne que ne figurent pas sur les tableaux les lésions de la peau qui sont occasionnées par les huiles minérales, les vernis, les alcalis à action caustique et irritante, les bois exotiques, etc.

Des voix se sont élevées, aussi bien du côté des industriels que parmi les travailleurs, demandant que soit établie, sur des bases plus larges, la réparation des dermatoses, qu'elle ne reste pas limitée à quelques cas spéciaux, mais qu'elle soit étendue à toutes les lésions cutanées d'origine professionnelle selon certaines règles à déterminer.

* * *

Dans tous les pays les dermatoses occupent une place importante. J'ai sous les yeux plusieurs statistiques, j'y lis ceci :

En Grande-Bretagne, en 1935, sur 11.233 maladies professionnelles réparées pour la première fois, on comptait 2.350 dermites dues aux poussières ou liquides, 74 ulcérations de la peau, 78 cancers épithéliomateux (goudron, poix) et seulement 143 intoxications par le plomb.

Aux Etats-Unis (Etat de New-York), au cours de cette même année 1935, le total des dermites s'élevait à 342 sur 695 maladies réparées soit presque 50 pour 100, alors que le saturnisme n'intervenait que 99 fois. En 1936, sur 407 maladies indemnisées on enregistrait 173 dermatites (huiles, alcalis, acides) et seulement 27 cas de saturnisme.

Aux Pays-Bas, en 1935, on déclarait 180 maladies professionnelles. Les dermatoses se trouvaient en tête avec 59 déclarations contre 13 de saturnisme, 1 cas de charbon, 1 intoxication par le benzol, etc.

Il est inutile de multiplier les chiffres, la proportion est sensiblement la même dans les différents pays où la réparation des dermatoses professionnelles est admise.

En France, les dermatoses déclarées sont assez peu nombreuses bien qu'elles viennent cependant au second rang, immédiatement après le saturnisme.

C'est qu'en France, répétons-le, seules quelques dermatoses donnent actuellement droit à réparation et la déclaration, malgré son caractère d'obligation, est très souvent négligée.

Voici, à titre documentaire, la liste résumée des dermatoses qui ont été déclarées en 1938 :

Lésions cutanées ayant donné lieu à réparation :

Hydrargyrisme : 4 cas de dermite.

Ciment : 67 déclarations se répartissant de la façon suivante : gale du ciment (40), dermite (15), eczéma (10), hyperkératose (1), brûlure (1).

Lésions cutanées déclarées ne donnant pas droit à réparation :

Arsenic et ses combinaisons (5), acide chromique et chromates (4), sels de nickel (5), trichloréthylène (1), benzène, homologues et dérivés (11), chlore (2), aldéhyde formique (2), peintures et vernis (5), alcalis caustiques (7), brais (2), phénol (1), huiles minérales (5), bois exotiques (3), charbon (1).

Dermatoses chroniques et récidivantes ne rentrant pas dans les catégories précédentes : 30. Parmi les causes indiquées sur les certificats, citons : eau, térébenthine, farine, sucre, etc.

En résumé, pendant l'année 1938, 71 cas de dermites figurant sur les tableaux de réparation ont été déclarés : 67 se rapportaient au ciment, 4 aux composés mercuriels. D'autre part, il a été enregistré pendant cette même année 1938 : 92 déclarations de dermatoses non encore inscrites.

Ce dernier chiffre peut sembler faible; il l'est, si on le compare au grand nombre d'affections cutanées professionnelles ou non que l'on observe chez les travailleurs d'usines. Trop souvent, en effet, on néglige de déclarer les dermatoses qui ne donnent pas droit à réparation. Les statistiques sont actuellement trompeuses ; elles indiquent des chiffres inférieurs à la réalité. Soyons certains qu'il n'en sera plus ainsi lorsque la réparation sera accordée. Alors seront enregistrées toutes les dermatoses survenant chez les travailleurs d'usines; on déclarera tous les boutons, tous les eczémas de quelque nature qu'ils soient, légers ou graves, professionnels ou non. Et les chiffres inscrits sur les statistiques s'élèveront considérablement.

Il se passera sur une plus vaste échelle ce qui se produit actuellement pour le plomb et d'autres toxiques inscrits aux tableaux : l'ouvrier qui consulte son médecin pour un trouble quelconque, anémie, colique, rhumatisme ou autre, met presque toujours en cause son métier. Si la preuve d'une autre origine ne s'impose pas, le médecin, de très bonne foi, se range à l'opinion de l'ouvrier; il rédige un certificat de maladie professionnelle pour lui permettre d'obtenir par la loi sur les accidents du travail un traitement plus avantageux que celui offert par les Assurances sociales. Sans doute la Compagnie d'Assurances a le droit de regard; mais dans la très grande majorité des cas litigieux, la Compagnie d'Assurances ne discute pas le diagnostic; elle préfère payer une somme généralement minime que d'engager une procédure, toujours onéreuse, où il lui appartient d'apporter la preuve contraire ; ainsi sont enregistrées dans les statistiques bien des erreurs de diagnostic.

Quand on considère la fréquence de telles erreurs pour des affections bien cataloguées et généralement faciles à reconnaître, comment ne pas craindre qu'elles ne se multiplient lorsqu'il s'agira de déterminer la cause d'un eczéma, d'une dermatose dont l'étiologie, si souvent incertaine pour le spécialiste, l'est bien davantage pour le médecin praticien dont on ne peut exiger qu'il sache reconnaître toutes les maladies professionnelles. Or, ne l'oublions pas, en vertu du libre choix octroyé par la loi, c'est le médecin praticien, en définitive, et lui seul par son certificat, qui accordera ou refusera la réparation.

Sans doute il existe des cas qui révèlent d'emblée leur origine, tels par exemple: l'acné chlorique, les ulcérations du chrome, le bouton d'huile... Mais dans les trois quarts des dermatoses qui se présentent au médecin (84 pour 100, d'après la statistique de Cox, 80 pour 100 d'après celle de Barthélemy), il s'agit de lésions banales, simplement eczémateuses, sans caractères pathognomoniques, et le problème se pose de savoir s'il faut ou non les rattacher à l'exercice d'une profession.

Pour faire ce diagnostic, on se basera sur les antécédents et la profession du travailleur, sur la localisation des lésions, sur l'épreuve des tests. Mais les tests d'application eux-mêmes n'apportent pas toujours la certitude : « Il existe sur le corps des sensibilisations régionales et il arrive qu'on trouve chez un même sujet, et simultanément, un test positif sur un bras et un test négatif sur l'autre. » C'est pourquoi, dans la pratique, Raoul Bernard [1] donne la préférence au « test de reprise »; il fait reprendre contact par le malade, après guérison de la première atteinte, avec la substance incriminée et il l'en retire dès le tout premier signe du début de la récidive. Sans doute on peut critiquer cette manière de faire qui risque d'aggraver la lésion. Mais c'est quelquefois le seul procédé qui permette de reconnaître l'origine professionnelle.

Une autre difficulté se pose très souvent dans l'industrie. Comment, par exemple, lorsqu'il s'agit de *produits complexes*, affirmer que telle substance est en cause plutôt que telle autre? Dans ces cas le diagnostic étiologique est presque impossible à résoudre, particulièrement lorsque le médecin n'a comme seule directive que les indications fournies par l'ouvrier lui-même, lequel ignore souvent le nom et la nature exacte du produit employé.

Il faut aussi songer aux dermatoses *pseudo-professionnelles*. On désigne ainsi les lésions qui apparaissent au cours de l'exercice d'une profession, mais qui relèvent d'une autre cause non professionnelle: C'est le cas d'un ouvrier qui utiliserait du ciment en dehors de sa profession; l'eczéma chez lui pourrait avoir une cause extra-professionnelle. Ainsi apparaît nécessaire, avant de déclarer « professionnelle » une dermatose, de faire une enquête sur le milieu familial, le genre de vie, les soins thérapeutiques, etc.

Très souvent enfin (ceci est important en raison de certaines tendances revendicatrices par trop courantes), un eczéma banal de cause purement interne et individuelle est mis sur le compte d'une profession généralement innocente.

Il faut également penser aux *épidémies d'atelier*, sortes de phobies collectives qui poussent les ouvriers à faire des réclamations contre un produit qui jusqu'alors n'avait donné lieu à aucune plainte. Tout devient dermatose professionnelle : un psoriasis, une roséole, un chancre syphilitique et même une gale... J'ai vu pour ma part, depuis trois ans, de nombreuses gales que les ouvriers, de très bonne foi, attribuaient aux huiles de graissage.

En dehors de la difficulté que l'on rencontre à poser un diagnostic pathogénique, il faut se souvenir du rôle généralement capital du *terrain humain* dans l'éclosion des dermatoses. L'expert sera bien embarrassé pour calculer dans quelle proportion l'affection cutanée résulte de la prédisposition individuelle ou du travail lui-même.

On voit, d'après ces quelques considérations, qu'il est souvent difficile d'affirmer le caractère professionnel d'une éruption; et ceci justifie la prudence du législateur [2] à réparer les dermatoses professionnelles.

Qu'on m'entende bien. Je ne suis nullement opposé, bien au contraire, à la réparation des maladies réellement professionnelles. Le combat que je mène depuis plus de vingt ans pour faire pénétrer les idées d'hygiène industrielle et de médecine du travail, pour faire admettre l'importance des maladies professionnelles et la nécessité de leur réparation, en sont, je crois, un suffisant témoignage. Mais, s'il est juste de réparer ce qui est dû à la profession, il faut éviter de réparer ce qui ne lui appartient pas ; il ne faut pas faire de la loi des maladies professionnelles, qui est une loi de justice et de réparation, une œuvre de charité et de secours.

Je souhaite la réparation de toutes les affections certainement professionnelles, mais uniquement de celles-ci. Pour réaliser ce souhait, il faudra sans doute qu'on adopte pour les dermatoses une procédure différente, qu'on exige des garanties plus précises que celles qui sont demandées aux autres maladies professionnelles. La Commission d'Hygiène Industrielle du Ministère du Travail devait être de cet avis lorsqu'elle présentait le vœu, il y a quelques années, que seules fussent réparées les affections cutanées chroniques et récidivantes, c'est-à-dire les affections pour lesquelles on puisse faire la preuve de l'origine professionnelle.

C'est en continuant dans cette voie qu'on établira pour toutes les maladies professionnelles une loi de justice qui donnera toute garantie aux travailleurs comme aux industriels.

ANDRÉ FEIL.

1. Raoul BERNARD : Contribution à l'étude de la dermatologie du travail à la lumière des directives du B.I.T. *Revue de Thérapeutique (Meurice)*, Bruxelles, Avril 1937, n° 10; et Mars 1938, n° 74.

2. Rappelons que la jurisprudence belge exige, pour accorder la réparation, que l'incapacité de travail soit totale et d'une durée de quinze jours au moins ; que les lésions soient pathognomoniques et dues à l'action nocive certaine des substances incriminées, et que la preuve juridique en soit faite par le demandeur. Il faut, en outre — et déjà les règlements français l'imposent — que la profession de l'ouvrier soit admise à réparation et inscrite sur un tableau. Les règlements belges paraissent sans doute un peu sévères, mais cette sévérité relative est peut-être nécessaire pour éviter les abus.

INFORMATIONS

CRÉATION D'UN CONSEIL CONSULTATIF DE SANTÉ

au Ministère des Prisonniers, Réfugiés et Déportés

Un arrêté ministériel vient de créer, au Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, un CONSEIL CONSULTATIF DE SANTÉ composé :

du Ministre des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, *président* ;

de deux professeurs des Facultés de Médecine, *vice-présidents* ;

de médecins spécialistes de la prophylaxie des maladies transmissibles et des thérapeutiques à mettre en œuvre à l'occasion du rapatriement et de la réadaptation médicale des prisonniers, déportés et réfugiés ;

et de représentants de la Santé publique, de la Guerre (service de santé), des statistiques, du Mouvement national des prisonniers de guerre et déportés, et de la Croix-Rouge française.

Ce Conseil consultatif a pour attributions,

d'une part, d'établir une doctrine sanitaire dont devra s'inspirer le service de santé du rapatriement et d'indiquer les opérations à effectuer au cours du rapatriement et de l hébergement sionniers, déportés et réfugiés ;

d'autre part, d'étudier les mesures qui devront être préconisées par le Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés pour la réadaptation médicale des rapatriés et des réfugiés après que ceux-ci auront regagné leur résidence.

(*J. O.* du 6 Décembre 1944.)

HOMMAGE

au Professeur LEVADITI

A l'occasion de la commémoration du 25e anniversaire, en Mai 1943, de la découverte de la bismuthothérapie, les amis, les collaborateurs, les élèves et les admirateurs du Prof. C. LEVADITI ont projeté de lui offrir une médaille en hommage de son activité scientifique et de sa contribution à la cure de la syphilis.

Une souscription de 200 francs, au minimum, donnera droit à un exemplaire de la médaille en bronze due au graveur Lavrillier.

Les souscriptions sont reçues par M. GEORGES MASSON, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e (Compte C. P. 599 Paris).

Université de Paris

Cours sur la gonococcie féminine. — Un cours sur la gonococcie féminine, les métrites, les salpingo-ovarites et la stérilité, sera fait par M. Claude BÉCLÈRE, du 7 au 28 Janvier 1945, à la clinique chirurgicale Cochin (Prof. Jean QUÉNU).

Les cours publics auront lieu chaque dimanche matin à 11 heures dans l'Amphithéâtre Edouard-Quénu.

Dimanche 7 Janvier : La gonococcie (Fréquence, contagiosité, lésions anatomopathologiques, examen bactériologique, gonoréaction, diagnostic de guérison, dépistage, prophylaxie, enseignement, lutte contre la gonococcie). — 14 Janvier : Les lésions gonococciques (Urétrite, Skénite, Bartholonite. Vulvo-vaginite. Métrite cervicale. Salpingo-ovarite. Hydrosalpinx latent. Pyosalpinx aiguë. Salpingites kystiques). — 21 Janvier : Traitement de la gonococcie (Diagnostic différentiel. Vaccins. Sulfamides. Pénicilline. Diathermie. Ondes courtes. Electro-coagulation. Interventions chirurgicales conservatrices et radicales). — 28 Janvier : La stérilité (Examen du couple stérile. Stérilité masculine. Stérilité féminine. Insuflation tubaire. Hystéro-salpingographie. Dilatations. Traitements hormonaux. Fécondation artificielle. Chirurgie réparatrice. Prophylaxie de la stérilité. Examen pré-nuptial).

Universités de Province

Faculté de Médecine de Lille. — Sont prorogés dans leurs fonctions pour l'année scolaire 1944-45, MM. MULLER, médecine légale ; RAZEMON, chirurgie ; PAILLIEZ, obstétrique.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. PAYSANT, assistant, est chargé des travaux pratiques de chimie pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1944-45.

École préparatoire de Médecine d'Angers. — M. le docteur METZGER, professeur, est réintégré dans ses fonctions.

École de Médecine de Dijon. — M. LECLERC, professeur, est maintenu en fonctions jusqu'au 31 Décembre 1944. Il exercera jusqu'à cette date les fonctions de directeur.

— M. BALLIVET est institué pour 9 ans professeur suppléant de pathologie et clinique médicale.

École de Médecine de Reims. — M. Gustave QUIRIN, professeur, est admis à la retraite.

École de Médecine de Tours. — M. GUILLAUME-LOUIS, directeur, est réintégré dans ses fonctions.

Concours et places vacantes

Internat des Hôpitaux d'Orléans. — Par circulaire du 11 Novembre 1944, le Ministre de la Santé publique a décidé la suspension de tous les concours hospitaliers pendant la période des hostilités. En conséquence, le concours d'internat des hôpitaux de la région de l'Orléanais, annoncé pour le 15 Janvier 1945, n'aura pas lieu.

L'Hôpital de Montereau (S.-et-M.) demande un interne ayant 20 inscriptions. Ecrire au Dr Luthereau, 32, rue A.-Besnard, Montereau.

Hôpitaux de Paris

Nominations et Mutations des Chefs de Service

Gynécologues-Accoucheurs :

A la Maternité, Prof. PORTES, de Baudelocque ; à *Baudelocque*, M. LÉVY-SOLAL, de Saint-Antoine ; à *Saint-Antoine*, M. LACOMME, de Tenon ; à *Tenon*, M. DIGONNET ; à *Boucicault* (maternité réouverte), M. ECALLE, de Bretonneau ; à *Bretonneau*, M. SUREAU.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : M. Siméon HUGUES, docteur en médecine à la Guadeloupe ; M. Adrien BERTAUD, doyen des médecins à la Guadeloupe ; M. HERMANCE, dit Very Emmanuel, docteur en médecine à la Martinique ; M. Emmanuel ARIS-GARCIN, docteur en médecine à la Martinique.

ÉTOILE NOIRE DU BÉNIN

Chevalier : M. Ibrahima DIALLO, aide-médecin principal au Sénégal.

ÉTOILE D'ANJOUAN

Chevalier : M. Christophe-Mensah YAO, aide-médecin au Togo ; M. Armand RAVELOSON, médecin contractuel à Madagascar ; M. Hospice-Dominique COCO, médecin principal à Lomé (Togo) ; M. Bertrand RATSIMAHOLISON, médecin principal à Madagascar ; M. Aubert RAKOTONIAINA, médecin principal à Madagascar.

NICHAN EL ANOUAR

Chevalier : M. Majilo RAFARALAHY RATSIMINHO, médecin principal à Madagascar.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur er Madame GÉRARD DELAOUTRE font part de la naissance de leur fille *Nicole*. (Ferrière-la-Grande [Nord], le 28 Septembre 1944.)

— Le docteur et Madame FRANÇOIS ROUYER sont heureux de faire part de la naissance de leur quatrième fils *Antoine*. (Alençon, 29 Juin 1944.)

— Le docteur POUCH et Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur quatrième enfant *Monique*. (Flers-de-l'Orne, le 19 Novembre 1944.)

— Le docteur et Madame COULERU ont la joie de faire part de la naissance de leur second enfant *Florence*. (Pau, 4, rue Henri-IV, 23 Novembre 1944.)

— Le docteur JEAN MARTIN, aux armées, er Madame sont heureux d'annoncer la naissance de leur quatrième enfant *Henri*. (Bois-Colombes, 3 Novembre 1944.)

Décès.

— On annonce le décès du médecin-général inspecteur SACQUÉPÉE, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

— On annonce le décès du docteur HENRI ARNAL, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-commandant F. F. I., mort en service commandé le 13 Septembre.

— On annonce le décès à Champignolles (Yonne), le 28 Novembre 1944, de M. GUSTAVE DUMOUTHIERS, ancien président de la Société de pharmacie de Paris, père de M. JACQUES DUMOUTHIERS, pharmacien, et beau-père du docteur RENÉ MIÉGEVILLE, de Paris.

— On annonce le décès, le 3 Octobre, à Bordeaux, du docteur PAUL BALARD, père du docteur PIERRE BALARD, de Barsac (Gironde.)

— On annonce le décès du docteur MAURICE OLIVIER, médecin directeur honoraire des hôpitaux psychiatriques (Huisseau-sur-Cosson [L.-et-Ch.].)

— Le docteur et Madame MARIO LEBEL font part du décès de leur père et beau-père M. ALFRED LEBEL (Mantes [S.-et-O.].)

Soutenance de Thèses

Paris

DOCTORAT D'ETAT.

JEUDI 15 JUIN. — M. Barbier : *L'épreuve jumelée au rodanate de sodium et au bleu de Chicago.* — M. Palmier : *Des eaux thermales sulfureuses de Bagnoles-les-Bains* (*Lozère*). — M. Bonnay : *Lymphosarcome médiastinal de l'adulte.* — M. Parent : *Les menstruations décelées par la courbe thermique et les explorations fonctionnelles.* — M. Guillon : *De l'endocol utérin et des endocervicites.* — M. Hassan-Soliman : *Tumeurs gazeuses du cou aérocèles.* — Mme Magder : *Du traitement chirurgical de la stérilité chez l'homme.* — M. Champagne : *La coqueluche du nourrisson.* — M. Bach : *Diphtérie maligne et glandes surrénales.* — M. Marie : *Sur la fréquence des péritonites à pneumocoques au cours des néphroses lipoïdiques.* — M. Rouault : *Septicémies torpides des diabétiques.*

MERCREDI 18 OCTOBRE. — M. Loyeau : *Etude des signes pyramidaux irritatifs et déficitaires.* — Mlle Loyeau : *Le syndrome de Guillain-Barré. Ses rapports avec la polyomyélite.* — M. Guiot : *Le schéma évolutif des compressions médullaires.* — M. Desmond : *A propos de la fréquence actuelle des ulcères gastro-duodénaux.*

JEUDI 19 OCTOBRE. — M. Gioan : *Contribution à l'étude des parotidites et des sous-maxillites d'origine réflexe.* — M. Capron : *Fièvre typhoïde et tuberculose.*

MERCREDI 25 OCTOBRE. — M. Brault : *Contribution à l'étude de l'ostomastoïdite du nourrisson.* — M. Lange : *Essai sur l'avenir des débiles congénitaux du 3e degré.*

JEUDI 26 OCTOBRE. — M. Piquet : *L'opium et la contraction utérine.* — M. Burseaux : *Juval, sa vie, son œuvre scientifique.*

LUNDI 30 OCTOBRE. — M. Touchard : *Relations entre les troubles du métabolisme de l'eau et les modifications de la tension artérielle dans les néphrites aiguës.* — M. Raynaud : *Des problèmes techniques posés par extériorisation des tumeurs du squelette thoracique.* — Mlle Labarre : *De l'intoxication par l'alcool méthylique.* — Mme Foucaud : *Le traitement de l'épilepsie par les dérivés hydantoïniques.* — M. Thibaux : *Traitement des lésions traumatiques du membre inférieur et du bassin par un nouvel appareil d'extension continue.* — M. Le Blay : *Les déformations du squelette maxillo-facial au cours des ostéodystrophies acquises.*

MARDI 31 OCTOBRE. — M. Milon : *Remarque sur l'histoire de l'insuffisance aortique.* — M. Romieux : *Etude de la valeur ocytocique et analgésique d'un courant à basse fréquence.*

MERCREDI 8 NOVEMBRE. — M. Froussis : *La sulfamidorésistance observée actuellement dans le traitement de la blennorragie.* — M. Gadras : *Infections graves à la suite de manœuvres abortives intra-utérines sans atteinte ni expulsion de l'œuf.* — M. Cardin : *Contribution à l'étude de la fermeture des orifices de trachéotomie.* — M. Aurégan : *L'opération de Hartmann. Résection intra-sigmoïdienne par voie abdominale.* — M. Brenier : *L'hystérectomie complémentaire.*

JEUDI 16 NOVEMBRE. — M. D. Chy : *Des intoxications par l'acide cyanhydrique.* — M. Catra : *Traitement des cavernes tuberculeuses du sommet pulmonaire chez l'adulte.* — M. Laroche : *Traitement des gingivo-stomatites.* — M. Philippe : *La vaccination antituberculeuse.* — M. Lair : *Flaubert ou le dilletantisme médical.* — M. Paris : *Les syndromes de rigidité du vieillard.* — M. Haguet : *Des troubles cachléo-vestibulaires au cours des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.* — M. Duché : *Des rapports entre la symptomatologie des mycoses et les caractères chimiques des champignons pathogènes.*

VENDREDI 24 NOVEMBRE. — M. Collot : *Le service de santé dans la résistance. La bataille de Paris dans le quartier latin.* — M. Darbord : *A propos d'un cas de spendylotyphus.* — M. Mathieu : *Dystocie par rein ectopique pelvien.* — M. Bernardi : *De l'éventration diaphragmatique secondaire à une anomalie de la face convexe du foie.* — M. Descrozailles : *Pathologie du nerf dentaire inférieur.* — M. Perrier : *De l'assainissement communal dans les zones de repliement.*

MERCREDI 29 NOVEMBRE. — M. Smagghe : *Les leucoses lymphatiques pures.* — M. Lechevalier : *Des intoxications par le bromure de méthyle.* — M. Vincent : *Les bruits industriels.* — M. Grabois : *L'expertise médicale en droit commun. Des moyens de révision.* — Mme Parissel : *A propos des colonies scolaires médicales des enfants des villes.* — Mlle Uhry : *De l'énurésie essentielle et de sa fréquence actuelle. Quelques essais de psychothérapie.* — M. Moreau : *A propos de 6 cas de staphylococcie maligne de la face traités par l'iodo-sulfamidothérapie.* — M. Gaillard : *L'accouchement diriger.*

JEUDI 30 NOVEMBRE. — M. Darpleix : *Des fractures de la mastoïdite.* — M. Bonaud : *De la technique de la résection des côtes cervicales.* — M. Kirchen : *La pinialline. Aperçu biochimique, pharmacologique et thérapeutique.*

MERCREDI 6 DÉCEMBRE. — M. Sassier : *De la méthode scientifique de l'esprit médical.* — Mlle Granier : *Les réactions cardiaques dans l'hypertension artérielle.*

VENDREDI 8 DÉCEMBRE. — M. Chavaillon : *Diagnostic précoce et traitement du chancre pré-induré dans la prophylaxie de la syphilis.* — Mlle Rapidel : *Les hypoglycémies spontanées. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique.* — M. Mallaret : *La pénicilline. Posologie et indications.* — M. Gouesin : *Pathologie des restrictions. Coup d'œil sur les conséquences de la sous-alimentation en France.* — M. Dieckmann : *La rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren. Quelques données nouvelles dans le domaine de la description, radiographie, la technique opératoire.*

THÈSES VÉTÉRINAIRES.

JEUDI 26 OCTOBRE. — M. Binet : *La colchicine en biologie. Application au traitement des papillomes du cheval.*

VENDREDI 24 NOVEMBRE. — M. Guillossot : *Contribution à l'étude de la leucose myéloïde chez le chien.* — Mlle Merlin : *Les laits mouillés et les laits anormaux.*

MARDI 28 NOVEMBRE. — M. Tanguy : *Les coliques du cheval. Leur traitement par un dérivé de la choline : La lentine.* — M. Binet : *La colchicine en biologie. Application au traitement des papillomes du cheval.* — M. Jeoffroy : *Insuline et aninsuline. Contribution à l'étude des propriétés de l'aninsuline.*

MERCREDI 29 NOVEMBRE. — M. Gayot : *Du diagnostic de la peste porcine et de sa prévention en Afrique du Nord française.*

MERCREDI 6 DÉCEMBRE. — M. Brangé : *Contribution à l'étude de l'architecture osseuse de l'olécrane et du calcanéum du cheval.*

Marseille

THÈSES SOUTENUES EN 1943-1944.

M. G. Angelou : *Contribution à l'étude clinique et histologique du nodule rhumatismal de Meynet.* — M. M. Aouchiche : *Sur le traitement du diabète sucré à propos des restrictions actuelles d'insuline.* — M. M. Armaingaud : *Contribution à l'étude de l'influence du milieu familial à la production des anomalies psychiques chez l'enfant.* — M. J. Arnoux : *Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale des hernies lombaires.* — M. M. Basson : *De l'influence des restrictions alimentaires sur le développement et le poids des nourrissons.* — M. M. Benoit : *Le diagnostic sérologique du cancer par la réaction d'Aron.* — M. P. Blanchard : *Quelques résultats très favorables pour une opothérapie hépatique dans l'anémie de Biermer.* — M. L. Bourdoncle : *Avantages de la temporisation raisonnée dans la délivrance normale.* — M. L. Bourret : *Troubles vaso-moteurs rétiniens tardifs d'origine traumatique.* — M. P. Bourret : *La perfusion nerveuse en chirurgie infantile.* — M. R. Bousquet : *Contribution à l'étude de l'angine de poitrine traumatique.* — M. J. Brissy : *Contribution à l'étude du raccourcissement permanent de l'espace PR de l'électrocardiogramme.* — M. P. Buis : *Contribution à l'étude de la diarrhée dans les anémies graves et les états carentiels.* — M. R. Caitucoli : *Résultats éloignés des fracturés du col du fémur.* — M. L. Cartotto : *Contribution à l'étude de l'azotémie des prostatiques et en particulier de l'azotémie extra-rénale d'origine mécanique.* — M. J. Ceccaldi : *La fonction de la chambre antérieure dans le traitement de l'ulcère serpigineux.* — Mlle A. Cerisola : *Contribution à l'étude de la réaction de la blennorragie féminine par le tartrate d'ergotamine.* — M. F. Cervetti : *Contribution à l'étude de la pneumatose kystique de l'intestin grêle ; à propos d'un cas.* — M. L. Chauveau : *Traitement préventif du prolapsus irien pour la double tridectomie périphérique au cours de l'extraction totale de la cataracte.* — M. F. Chauvin : *Traitement chirurgical de la stérilité masculine par la réimplantation épididymaire.* — M. S. Chiron : *Contribution à l'étude des migraines accompagnées.* — M. F.

Ciais : *Contribution sur un cas de sténose duodénale congénitale par bride avec défaut d'accolement péritonéal et volvulus total du grêle chez un enfant de 11 ans.* — M. J. Ciamborani : *Contribution à l'étude de la perfusion veineuse.* — Mme Cristofari : *Contribution à l'étude des anévrismes intracraniens.* — M. A. Davin : *Pigmentation solaire. Rôle physiologique de la pigmentation cutanée.* — M. L. Devaux : *Constatation électro-cardiographique au cours d'une épidémie marseillaise de typhus des prisons.* — M. R. Esmenard : *Contribution à l'étude de la parturition chez les femmes ayant subi une ligamentopexie du type Doleris.* — M. P. Fabre : *Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine ovarienne.* — M. E. Fabrègue : *Contribution à l'étude de l'évolution des suppurations pulmonaires et pleurales après l'exploration lipiodolée.* — M. M. Faivre-d'Arcier : *L'anesthésie épidurale pour les césariennes.* — M. E. Faure-Brac : *Quelques remarques sur la péritonisation pelvienne après les interventions gynécologiques.* — Mlle J. Fourmon : *Ombre radiologique triangulaire paracardiaque et ombre en équerre, signe habituel des bronchectasies du pédicule bronchique inférieur.* — M. L. Fournier-Laroque : *Contribution à l'étude de persistance du canal artériel.* — M. M. Laugier : *Les endocardites rhumatismales chez les très jeunes enfants.* — M. J. Gassin : *Les hématomies intracraniennes.* — M. A. Geyer : *Contribution à l'étude du déséquilibre ionique dans l'organisme et de ses formes actuelles.* — M. F. Giacomino : *Etienne Villeneuve, professeur d'accouchement à l'Ecole de Médecine de Marseille.* — M. R. Goirand : *Des circulaires du cordon ombilical.* — M. P. Griffoni : *Réflexions sur des formes classiques de « résistance » de la tuberculose du vieillard.* — M. J. Guérin : *Jean-Jacques Rousseau, instable thyroïdien.* — M. A. Gyori : *Intérêt de la mesure de la tension veineuse au cours du choc.* — M. J. Jacquinet : *Contribution à l'étude de l'hémiplégie tabétique.* — M. A. Jullian : *Dystocie par tumeur de la région sacro-coccygienne.* — Mlle A. Lafforet : *Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse du nourrisson.* — M. J. Lembo : *La résection subtotale de l'utérus dans le traitement du fibrome utérin.* — M. J. Leschi : *Contribution à l'étude de la morbidité tuberculeuse d'après le fonctionnement d'un dispensaire urbain (Mai 1940-Mai 1943).* — M. J. Lesto : *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale de la femme propagée à la vessie.* — M. P. Lombard : *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard.* — M. F. Luciani : *Note sur le traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche chez le nourrisson.* — M. P. Maestraggi : *Essai de classification des anémies hémolytiques de l'enfance ; à propos d'une observation d'anémie hémolytique.* — M. R. Marsang : *Contribution à l'étude du syndrome de Mœlius.* — M. G. Martin : *De quelques cas du maxillaire supérieur.* — M. J. Martin : *Contribution à l'étude des anévrismes poplités compliqués de gangrène et leur traitement.* — M. J. Ménard : *Etude clinique de l'épidémie de typhus exanthématique de Marseille (Mars-Avril 1942).* — M. A. Ménasse : *L'opération de Pozzi dans les stérilités féminines par sténose cervico-utérine.* — M. L. Michelangeli : *Anomalie de torsion de l'anse ombilicale et gastrectomie.* — M. R. Muracciole : *Dégénérescence maculaire et rétinite pigmentaire.* — M. L. Pamard : *Contribution à l'étude des occlusions du grêle. Causes. Etude clinique. Thérapeutique.* — Mme Pancrazi, née Garrouste : *L'insensibilisation des plaies opératoires en chirurgie infantile et orthopédique.* — M. R. Passeron : *Sur le cas de volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse.* — M. J. Peragut : *Contribution à l'étude de la primo-infection de l'adulte jeune.* — M. J.-N. Petit : *Contribution à l'étude de l'utilisation des méthodes physico-chimiques pour le repérage des phénomènes pathologiques.* — M. V. Pons : *Contribution à l'étude de l'invagination iléo-iléale chez l'adulte. Considération étiologique, clinique et thérapeutique.* — M. F. Pierre-Charles : *Considération sur quelques cas de constriction permanente des mâchoires.* — M. M. Poyet : *Prothèse auriculaire.* — M. A. Ramel : *Contribution à l'étude des diarrhées chez les cirrhotiques.* — M. G. Reboul : *Contribution à l'étude du radiodiagnostic de l'occlusion intestinale.* — Mlle J. Reybaud : *La tuberculose pulmonaire infantile dans les hôpitaux de Marseille depuis la guerre (période 1939-1943).* — M. F. Rigaud : *Contribution à l'étude du traitement des suppurations mammaires aiguës par la radiothérapie.* — M. R. Rocchiccioli : *La lutte antitrachomateuse à Marseille et dans la région marseillaise. Projet de réorganisation.* — M. A. Roche : *Considérations sur certaines opacités non évolutives du cristallin.* — M. L. Rolin : *Les phénomènes vaso-moteurs périphériques au cours des aortites.* — M. A. Rosanoff : *Contribution à l'étude du traitement hydrominéral de Vichy chez les affections de l'enfance.* — M. E. Roure : *Traitement de la maladie de Basedow par les eaux d'Ussat-les-Bains.* — M. R. Sanguinetti : *La percuti-réaction à la tuberculine en milieu scolaire.* — M. Fr. Santamaria : *Contribution à l'étude des infarctus. A propos de 4 cas.* — Mlle M.-Th. Santini : *Sur la réserve alcaline chez les diabétiques traités par la sulfamidothérapie.* — M. P. Sbragia : *Une épidémie de fièvre typhoïde à La Ciotat (Mai-Août 1943).* — M. J. Scarbonchi : *Considération sur le problème étiologique de la stérilité secondaire; antécédents obstétricaux; lésions tubaires et avortements antérieurs.* — M. H. Serment : *Contribution à l'étude de la conduite dans les kystes de l'ovaire compliquant l'état gravido-puerpéral.* — M. J. Soumaille : *Contribution à l'étude de la novocaïne intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire et en particulier de son action sur quelques syndromes fonctionnels.* — M. J. Taranger : *Quelques considérations sur la médecine de captivité.* — M. R. Tardy : *Recherches sur l'acuité des simulateurs.* — M. R. Teychène : *Contribution à l'étude de la biologie des poux.* — M. R. Thuillier : *De l'influence des avortements sur les fécondations utérines.* — M. P. Tristani : *Contribution à l'étude et au traitement du phréno-cardiospasme par l'opération de Heller.* — M. X. Verdoni : *A propos du traitement des phlegmons des gaines digitales.* — M. P. Vernaz : *Invagination de l'intestin grêle dans les cas de tumeur maligne.* — M. J. Vidal : *Contribution à l'étude des chorées d'Huntington.*

Montpellier

DIPLÔME D'ETAT.

MARS 1944. — M. Yves Guerrier : *Le sympathique cervical somatique.* — M. R. Graafland : *A la recherche d'une base organique dans un cas de mythomanie.* — M. P. Benoit : *A propos d'un cas de chondrome de la trachée.* — Mme Dagues, née Leignadier : *A propos de 3 cas de tétanie post-opératoire.* — Mlle J. Margarot : *Le problème nosographique de l'érythème noueux.* — M. J. Grauby : *Contribution à l'étude des complications encéphaliques des pneumopathies infectieuses aiguës de l'enfance.* — M. S. Dupart : *Le liquide céphalo-rachidien au cours des paralysies diphtériques.* — M. A. Veyrier : *Paralysies oculaires récidivantes.* — M. R. Nouals : *L'incidence des événements actuels sur les ulcères gastro-duodénaux.* — M. R. Besson : *Les images radiologiques pulmonaires de stase.* — M. A. Campo : *Voie d'accès obturatrice sur l'articulation de la hanche. Découverte du ligament rond.* — M. A. Francou : *Le paludisme au Soudan.* — M. Y. David : *Etude de l'atélectasie pulmonaire au cours du pneumothorax artificiel.* — M. M. Herrmann : *Considérations sur le zona auriculaire.* — M. A. Costantini : *Contribution à l'étude de la mélanodermie arsenicale par intoxication chronique d'origine industrielle.* — Mme Sacquépée, née Bourlat : *Introduction à l'étude des réactions des muqueuses des voies respiratoires supérieures. L'allergie rouge.* — M. M. Granel : *Contribution à l'étude du traitement actuel des pleurésies purulentes à pneumocoques.* — M. P. Viallat : *La fréquence des déformations vertébrales chez les porteurs de pieds plats. Le syndrome d'affaissement lombo-tarsien par insuffisance ligamentaire.* — M. G. Vial : *Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par l'immuno-transfusion.* — M. E. Voisin : *Le glomus neuro-vasculaire et ses tumeurs.* — M. D. Brunel : *Rachianesthésie et shock traumatique.* — M. R. Bouquet : *Traumatisme de la trachée.* — M. M. Jaujou : *Contribution à l'étude du diagnostic radiologique de la grossesse extra-utérine.* — M. R. Kunberg : *Les néphrites syphilitiques secondaires.* — M. A. Champeau : *La fonction diagnostique du sinus maxillaire.* — M. H. Sabatier : *Les localisations pathologiques des formations ganglionnaires pré-laryngées.* — M. J. Manach : *L'anesthésie générale à l'évipan sodique et oto-rhino-laryngologie.* — M. F. Boyer : *L'imperforation choanale bilatérale chez le nourrisson.* — M. J. Gay : *Forme splénomégalique de la maladie de Hodgkin.* — M. P. Descous : *Le traitement des troubles circulatoires encéphaliques par les injections intravasculaires de novocaïne.* — M. A. Jouanen : *Contribution à l'étude des ictères hémolysiniques.* — M. J. Dagues : *L'extrophie vésicale traitée par la technique du Prof. G. Marion.* — M. P. Pesle : *De la circoncision économique.* — M. A. Bayrou : *Contribution à l'étude du priapisme non leucémique et non traumatique.* — M. O. Olsen : *Les indications du traitement sanglant dans les fractures du col chirurgical de l'humérus.* — M. J. Séranne : *Hyperglycémie et chirurgie.* — M. A. Moutel : *Suites éloignées des néphrectomies pour tuberculose rénale.* — M. M. Sankalé : *La peste au Sénégal (1914-1918). Données épidémiologiques et cliniques.* — M. P. Fontayne : *A propos du projet de loi du Prof. Duvoir sur la prévention et la réparation de la silicose.* — M. Tan Ham Khoan : *La lutte anticholérique en Indochine.* — M. G. Macé : *Les différentes étapes de la prophylaxie de la fièvre jaune.* — M. J. Menantaud : *Bases de l'analyse bactériologique de quelques aliments.* — M. J. Pascoet : *Contribution à l'étude des réflexes de flexion des doigts (en particulier du signe de Hoffmann).* — M. J. Deborde : *Forme amyotrophique de la sclérose en plaques (à propos d'une observation).* — M. G. Rochette : *L'association grossesse extra-utérine et grossesse normale.* — M. R. Rozé : *Contribution à l'étude des sciatiques par hernie discale postérieure.* — M. H. Mallet : *Les faux abdomens aigus d'origine pariétale.* — M. J. Mouné : *La tuberculose diaphysaire (« spina ventosa » des grands os longs).* — M. L. Gibert : *Existence organique et vie spirituelle.* — M. P. Brun-Buisson : *Les ostéomyélites extensives du fémur.* — M. G. Hémery : *Reposition sanglante dans les fractures fermées de l'avant-bras chez l'enfant.* — M. H. Jacquemin : *Poliomyélite antérieure aiguë (épidémie de 1943). Considérations cliniques et thérapeutiques.* — M. R. d'Haussy : *Les traitements actuels de la trypanosomiase à gambianse.* — M. J. Lalouel : *La syphilis congénitale fruste de la première enfance. Etude critique.* — M. M. Bonneton : *Traitement de l'endocardite rhumatismale constituée par le salicylate de soude en administration prolongée par voie veineuse.* — M. R. Joany : *Notes sur le traitement du kala-azar par les diamidines.* — M. C. Bringer : *L'hémostase en chirurgie amygdalienne.* — M. R. Saussol : *Etude d'un cas de maladie kystique pulmonaire et rénale chez un nourrisson de 6 mois.* — M. G. Grappin : *Genèse de la médecine populaire française.* — Mlle S. Grégoire : *La sulfamidothérapie externe.* — M. C. Ruh : *Etude sur la science spirituelle et le vitalisme de l'Ecole de Montpellier.* — M. L. Montgobert : *Contribution à l'étude du critérium de l'association néphrose-néphrite.* — M. R. Ivanes : *L'ostéomyélite du maxillaire supérieur du nourrisson.* — M. R. Guillemeteau : *Considérations sur le rôle du terrain dans 2 cas de tabes et de pseudo-tabes.* — Mme Cavaillé, née Cl. Durand : *L'infection focale à point de départ sinusien.* — M. J. Langlais : *La place de l'abcès tropical du foie dans les fistules biliothoraciques.* — M. J. Bonfante : *Les staphylococcies malignes de la face; leur thérapeutique iodo-sulfamidée.* — M. R. Cales : *Les hémorragies cataclysmiques de la tuberculose de l'oreille.* — M. H. Poulizac : *Le déterminisme en biologie.* — Mlle M. Minvielle : *Les épidurites aiguës.* — M. F. Marion : *De la prédominance du système nerveux en thérapeutique.* — M. F. Litalien : *L'expédition du Mexique et la fièvre jaune.* — M. B. Nansot : *Incidences médicales des croisades.* — Mlle C. Sahut : *Contribution à l'étude des occlusions par ascaris.* — M. M. Chaigneau : *Contribution à l'étude de l'encéphalite de la rougeole.* — M. L. Sirieix : *Contribution à l'étude de la strychnothérapie intensive dans la diphtérie maligne.* — M. P. Bodet : *Les hémorragies tardives dans les traumatismes fermés du rein.* — M. P. Borel : *Les différents aspects de l'albuminurie au cours de la tuberculose rénale chirurgicale.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, 846.

Laboratoire analyses recherche chimiste très au courant analyses médicales. Hinglais, 30, r. de Miromesnil, Paris.

Personne présentant bien, sach. téléph., pouv. surveil. trav. enfant, ou sac. couture, est demandée ch. Dr après-midi ou journées entières. Ecr. *P. M.*, n° 872.

A céder à Vichy cabinet médical avec appartement. Très bien situé. Ecr. *P. M.*, n° 886.

On demande interne 16 inscript. Ecr. av. référ. Direction Mais. Santé Psychiatrique de Vieille-Eglise, par Rambouillet (S.-et-O.). Tél. n° 9.

On demande laborantine pouvant taper à la machine et traduire l'allemand scientifique. Ecr. *P. M.*, n° 896.

Achèterais ophtalmomètre de Javal et boîte de verres. Ecr. *P. M.*, n° 898.

Méd. biol. ch. occ. ds Labo an. méd. rég. parisienne. Ecr. *P. M.*, n° 903.

Belgique. Agence de publicité médicale est à la disposition des Laboratoires français pour la diffusion et la distribution de leurs spécialités « Promefra ». Ecr. *P. M.*, n° 917.

Agent médical, famille médicale, 15 ans expérience, présentant actuellem. un produit notoire aux médecins de Paris, ch. un second prod. connu ou à lancer, ou un second Labo. Ecr. *P. M.*, n° 920.

Recherche spécialités pharmaceutiques à acheter avec visa pouvant être exploitées dans le Sud-Ouest. Ecr. *P. M.*, n° 925.

Recherche les appareils suivants en bon état de fonctionnement : 1° radiothérapie pénétrante 200 kilovolts ; 2° app. de radiodiagnostic à 2 ou 4 kénotrons. Ecr. *P. M.*, n° 933.

A vendre bibliothèque tournante, grand modèle, état de neuf. Ecr. *P. M.*, n° 937.

On demande matière médicale homéopathique de Boericke et de Kent, en bon état. Ecr. à R. Mille, 41, rue Liandier, Marseille-Prado.

Visiteur médic. d'un des 1ers labos de Paris pour Toulouse et rég. jusqu'à Indre dés. s'adj. Labo compl. produits réel intér. Ecr. *P. M.*, n° 946.

Inf. excell. éduc. et réf. anglais, all. un peu esp. ch. situat. secrét. Dr ou dentiste. Le Gargam, 17, Prise d'Eau, Vésinet (S.-et-O.). Tél. n° 91.

Visiteurs médicaux exclusifs demandés pour : 1° Paris et banlieue ; 2° Normandie ; 3° Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Aube, Yonne, Côte-d'Or ; 4° Massif Central ; 5° région de Toulouse ; 6° Bouches-du-Rhône ; 7° Bretagne. Ecr. *P. M.*, n° 948.

A vendre d'urgence bon poste de médecin propharmacien près Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 949.

Recherche app. 6 p., 6e, 7e, 8e, 16e, 17e avec ou sans reprise. Ecr. *P. M.*, n° 950.

Étudiant médecine 6e année rech. empl. après-midi auprès médecin ou accoucheur. Ecr. *P. M.*, n° 951.

Chimiste laborantine conn. hémato1. chimie bio., bactério., séro., 2 bachots, pouv. taper machine, bonnes réf., ch. empl. ch. Dr. Ecr. *P. M.*, n° 952.

Docteur demande infirmière dipl. connaiss. manipul. radiologiques et secrétariat, si poss. sténo-dactyl. pour récept. client., direction et entretien cabinet médical. Logée, nourrie, tr. proche banlieue, sér. réf. exigées. Ecr. *P. M.* n° 953.

A vendre contact tournant et table ; commutatrice : 110/77 v., 8 amp., 50 pér., 3.000 tours ; diathermie à éclateurs Heitz-Boyer 5 amp. type 4 (Beaudouin) ; 1 pantostat 220 v. continu ; 1 lampe I. R. 220 v. cont. ; 1 pied porte-ampoule thérapie ; 1 appar. de Bergonié (obésité) ; appareils H. fréquence, faradisation et galvanisation. Ecr. *P. M.*, n° 954.

Recherche lavabo roulant à pédale, un ou deux barillets, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 955.

A vendre table opérations et examens. Etat neuf. Ecr. *P. M.*, n° 956.

Jeune médecin rech. participat. d. clinique d'accouchement, gynécologie, pédiatrie. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 957.

Toutes traductions anglais-français, français-anglais, médicales et autres par personne expérimentée. Ecr. *P. M.*, n° 958.

Médecin cherche à Paris appartement 5 pièces avec ou sans clientèle. Ecr. *P. M.*, n° 959.

Deux dames actives, réf., visitant tout Paris, médecins, spéc. et chir. pour Labo bien connu (produits calmants), cherchent second Labo ou exclusivité. Ecr. *P. M.*, n° 960.

On demande pour clinique chirurg. gr. banl. 2 infirmières cathol., une serv. de jour (dactylo de préfér.) et une serv. de nuit. Ecr. *P. M.*, n° 961.

Visiteurs médical bien introduit s'adjoindr. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 965.

Laboratoire analyses province rech. laborantine tr. au courant chimie bio., bactériol., hématol., sit. particulièrement intéressante. Ecr. *P. M.*, n° 963.

Jeune médecin, au cour. radiol., ch. poste important médecine générale, petite ou grande banl. Ecr. *P. M.*, n° 964.

Visiteur médical, fortes connaiss., ch. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 962.

Dame sinistrée, famille médicale, désire chambre avec ou sans pension Paris (conn. 5 langues). Ecr. *P. M.*, n° 966.

Secrétaire médicale, bachot, sœur de médecin, cherche empl. chez médecin ou dans clinique. Ecr. *P. M.*, n° 967.

Médecin désire céder clientèle importante dans chef-lieu de canton de Bretagne. S'adres. Dr Gaillet, Lanvollon (C.-du-N.).

Médecin réfugié cherche bon poste médecine générale avec ou sans radiologie. Deferrais, 21, rue de Trévise, Paris-9e.

En remplacement ou à titre définitif : ensemble ou séparément : 1° un cabinet médical; 2° une pharmacie région montagne. Convient à ménage médecin-pharmacien, conditions intéressantes. Marrot, Quérigut (Ariège).

A vendre seringue à deux voies du Dr Jubé, volume 10 cc., état neuf, avec sa boîte métallique. Echangerais le cas échéant contre seringue de 5 cc. Ecr. *P. M.*, n° 971.

Radiologiste demande infirmière-secrétaire pour après-midi, avec ou sans quelques matinées. Téléph. ap.-midi : Carnot 29-27.

Personne sérieuse, ayant eu pension de famille luxe, cherche direction maison de repos. Ecr. *P. M.*, n° 973.

Infirmière diplômée, sérieuses références, cherche emploi chez docteur. Ferait gardes. Ecr. *P. M.*, n° 974.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
ALFRED COROUGE, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

ACTIVITÉ CURATIVE ET PRÉVENTIVE DE L'AZO-SULFAMIDE DE L'ACIDE ACÉTYL-*p*.OXYPHÉNYLARSINIQUE DANS LA SYPHILIS, LA STREPTOCOCCIE, LA GONOCOCCIE et LA COLIBACILLOSE EXPÉRIMENTALES

PAR MM.

C. LEVADITI et **C. MENTZER**

(Paris)

On connaît les remarquables propriétés tréponémicides de l'acide acétyl-*p*.oxyphénylarsinique (*Stovarsol*, *Prévarsyl*), utilisé curativement et préventivement dans la syphilis expérimentale et humaine[1]. Par ailleurs, nul n'ignore l'efficacité thérapeutique des sulfamides dans les infections streptococciques, gonococciques, colibacillaires, pneumococciques, etc... Nous nous sommes demandé ce qu'il adviendrait de l'ensemble de ces propriétés si l'on associait, dans la même molécule, l'acide acétyl-*p*.oxyaminophénylarsinique et la sulfanilamide, sous forme d'azoïque. Afin de répondre à cette question, nous avons préparé l'azo-sulfamide de l'acide acétyl-*p*.oxyphénylarsinique :

$$NH_2SO_2-C_6H_4-N=N-C_6H_2(AsO_3H_2)(OH)-NHCOOCH_3$$

que nous avons expérimenté dans la streptococcie, la gonococcie et la colibacillose de la souris, d'une part, dans la syphilis du lapin et de la souris (curativement et préventivement), d'autre part[2]. Ce corps (MS 19) offre l'aspect d'une poudre insoluble, amorphe, brunâtre (poids moléculaire : 458; 16,3 As pour 100).

I. — Tolérance « per os ».

Souris. — Le MS 19 est parfaitement toléré *per os*, à la dose de 50, 100 et 200 mg. pour une souris de 20 *g*.

Lapin. — Ingéré aux doses de 1 *g*., 0 *g*. 50 et 0 *g*. 2 par kilogramme, le dérivé est bien supporté (pas de perte de poids huit et onze jours après l'ingestion).

II. — Effet thérapeutique chez la souris.

a) *Streptocoque.* — Souche M ; inoculation intrapéritonéale de 0 cm^3 3 d'une suspension au 1/1.000 d'une culture en bouillon âgée de 24 heures. Trois doses de 0 *g*. 02, à vingt-quatre heures d'intervalle (*per os*). Mort des témoins en un et deux jours. Survie définitive des animaux traités : 85 pour 100 [contre 100 pour 100 avec le Dagenan (même dose)].

b) *Gonocoque.* — Inoculation d'une suspension dense de gonocoque, additionnée de mucine (0 cm^3 3, intrapéritonéale). Témoins morts en dix-huit et vingt-quatre heures. Souris traitées (20 mg. *per os*) : 30 pour 100 de survies.

c) *Coli communis.* — Suspension à 1/10.000 d'une culture en bouillon âgée de 24 heures (0 cm^3 3 intrapéritonéale). Témoins morts en vingt-quatre heures. Souris traitées (20 mg. *per os*) : 30 pour 100 de survie.

Conclusion. — *Le dérivé MS 19 agit curativement chez la souris atteinte de streptococcie expérimentale, et aussi, quoique à un moindre degré, chez le même animal contaminé par le gonocoque ou le* Coli communis.

1. Levaditi et Navarro-Martin : *C. R. Acad. des Sciences*, 1922, **174**, 983 ; *Annales Institut Pasteur*, 1922, **36**, 46 ; Fournier, Levaditi, Navarro-Martin et Schwartz : *C. R. Acad. des Sciences*, 1922, **174**, 138.

2. Le présent travail résume les données du problème considéré sur le plan exclusivement qualitatif ; des précisions quantitatives feront l'objet de recherches ultérieures.

III. — Effet thérapeutique dans la syphilis du lapin.

Le MS 19 est administré *per os* (sonde stomacale ; doses variant de 0 *g*. 1 à 1 *g*. 5 par kilogramme) à des lapins porteurs de syphilomes scrotaux (souche Gand), riches en tréponèmes. Les résultats sont consignés dans le tableau I.

Tableau I.

Lapins numéro	Dose par kilogramme (MS 19)	Disparition des spirochètes le :	Cicatrisation du chancre le :	Action thérapeutique	Sort de l'animal
91 F	1 *g*. + 0 *g*. 5	5e jour	13e jour	+ +	Survie indéfinie
42 C	1 *g*.	3e jour	10e jour	+ +	»
32 C	0 *g*. 5	2e jour	6e jour	+ + +	»
13 C	0 *g*. 2	3e jour	10e jour	+ +	»
74 C	0 *g*. 2 + 0 *g*. 1	Sp. +	*Effet nul*	0	»
70 C	0 *g*. 1	Sp. +	»	0	»

Les données résumées dans le tableau I montrent que le *MS 19, administré par voie stomacale, se révèle doué de propriétés thérapeutiques dans la syphilis expérimentale du lapin. La dose limite curative est de 0 g. 2 par kilogramme (1 résultat positif sur 2 essais).*

IV. — Effet préventif dans la syphilis du lapin.

Des lapins sont contaminés, par voie sous-scrotale et intra-testiculaire, avec la souche tréponémique de passage Gand. Ils sont divisés en plusieurs lots, qui reçoivent le MS 19 *per os*, soit vingt-quatre heures avant la contamination, soit simultanément, soit enfin deux et quatre jours après. Une seconde administration orale est effectuée sept jours après la première; le dernier lot, non traité, sert de témoin. Les résultats sont résumés dans les tableaux II et III.

Tableau II.
Dose préventive = 0 *g*. 1 + 0 *g*. 1 *(0 g. 2 en tout)*

Lapins numéro	Première dose injectée :	Prévention	Syphilome le :
30	24 heures avant	Nulle.	39e jour.
31	l'infection.	Nulle.	39e jour.
32	Simultanément	Nulle.	32e jour.
33	avec l'infection.	Nulle.	29e jour.
34	2 jours après	Nulle.	29e jour.
35	l'infection.	Nulle.	39e jour.
70	4 jours après	Nulle.	29e jour.
37	l'infection.	*Positive.*	0
Témoins 39	—	—	29e jour.
Témoins 40	—	—	29e jour.

Tableau III
Dose préventive: 0 *g*. 15 + 0 *g*. 5 *(0 g. 65 en tout)*

Lapins numéro	Première dose injectée :	Prévention	Syphilome le :
56	24 heures avant	*Positive.*	0
57	l'infection.	Nulle.	19e jour.
58	Simultanément	*Positive.*	0 (1)
59	avec l'infection.	*Positive.*	0
60	2 jours après	*Positive.*	0
61	l'infection.	*Positive.*	0
Témoins 65	—	—	19e jour.
Témoins 66	—	—	19e jour.

1. Le transfert des ganglions poplités de ce lapin, à d'autres lapins neufs, a fourni des résultats négatifs.

L'ensemble des résultats consignés dans les tableaux II et III permet de conclure ce qui suit :

1° Le MS 19, administré *per os à* la dose de 0 *g*. 10, répétée à sept jours d'intervalle, n'exerce qu'une très faible activité préventive (12 pour 100);

2° Le même dérivé, ingéré à la dose supérieure de 0 *g*. 65, met l'animal à l'abri de l'infection syphilitique locale dans un pourcentage de 82 pour 100 [peu importe si la première administration orale (0 *g*. 15) précède, accompagne ou succède de un à deux jours la contamination].

V. — Effet préventif dans la syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris.

Onze souris servent à l'expérience. Elles sont toutes infectées par voie sous-cutanée (greffon de syphilome de lapin, souche Gand). Quatre servent de témoins; elles sont mortes ou sacrifiées entre le centième et le deux cent soixante-deuxième jour. Les 7 autres reçoivent *per os*, à trois reprises différentes (le premier, le dixième et le dix-neuvième jour), 20 mg. de MS 19 par 20 *g*. Elles sont examinées entre le cent quarante-huitième et le trois cent treizième jour. L'étude histologique (méthode de Stroesco) révèle une dispersion plus ou moins intense des tréponèmes chez les animaux témoins et l'absence totale de spirochètes chez les sujets traités préventivement.

Conclusions générales.

Lorsqu'on associe, dans la même molécule, l'acide acétyl-p.oxyminophénylarsinique et la p.aminophénylsulfamide, à l'état d'azo-sulfamide de cet acide, et que l'on administre le dérivé azoïque (MS 19) par la voie digestive aux souris et aux lapins, on constate :

1° *Que les propriétés curatives antimicrobiennes (streptocoque, gonocoque,* B. coli*) de la fonction sulfamidée se manifestent intégralement chez la souris ;*

2° *Que les qualités thérapeutiques et préventives de la fonction arsinique persistent, en ce sens que le MS 19 guérit la syphilis chez le lapin et qu'il la prévient à des doses équivalentes aux doses curatives. Même effet préventif chez la souris.*

Il nous a semblé intéressant de signaler la possibilité de la coexistence, dans la même molécule sulfanilamido-arsinique, de propriétés thérapeutiques (syphilis, infections streptococciques, gonococciques, colibacillaire) et préventives (tréponémose) rattachées à l'un ou à l'autre des deux composants entrant dans la constitution de cette molécule.

LE « SYNDROME SEPTICÉMIQUE » EXPRESSION CLINIQUE INITIALE DE LA DISTOMATOSE A « FASCIOLA HEPATICA »

Par L. MORENAS
(Lyon)

La distomatose hépatique à *Fasciola hepatica* considérée comme rareté, qu'il s'agisse d'une découverte d'autopsie ou d'une surprise opératoire, n'a, jusqu'à présent, fait l'objet que de descriptions cliniques assez disparates, où était envisagé surtout l'épisode tardif aboutissant d'une longue histoire dont les manifestations initiales avaient passé inaperçues. Les formes cliniques, établies par Le Dantec et reproduites par divers auteurs au chapitre « Distomatose hépatique », concernent les distomatoses exotiques à *Opistorchis* ou *Clonorchis,* si fréquentes en Extrême-Orient, beaucoup plus que l'infestation par les douves du mouton (*Fasciola hepatica,* ou exceptionnellement *Dicrocœlium lanceolatum*) seule distomatose rencontrée dans nos pays.

Une série d'observations récentes, pour la plupart recueillies au cours de petites épidémies familiales — notion d'ailleurs nouvelle — ont montré que la distomatose est marquée à son stade initial par un syndrome d'allure infectieuse avec quelques traits particuliers.

Ce stade initial — qui suit sans doute de quelques jours à quelques semaines au plus la date de l'infestation — peut être si discret qu'il passe inaperçu (l'on sait d'ailleurs que la distomatose peut, au cours d'une évolution parasitologique normale, demeurer complètement *latente*), mais il peut aussi présenter le tableau clinique le plus grave.

En 1937, avec MM. Roubier et Lavabre, nous avons, sous le nom de « Distomatose hépatique à forme *pseudo-typhique* » attiré, pour la première fois, croyons-nous, l'attention sur une telle éventualité. Il s'agissait d'une jeune femme présentant un syndrome d'allure typhique, mais sans splénomégalie, avec une fièvre qui, d'abord assez régulièrement élevée, ne tardait pas à marquer de grandes oscillations. L'hémoculture et le séro-diagnostic TAB étaient négatifs. Par contre, la formule sanguine décelait une éosinophilie qui, de 25 pour 100, s'élevait bientôt à 45 et 50 pour 100. L'examen des selles, à la fin du troisième mois, montrait la présence d'œufs de *Fasciola hepatica,* et un traitement anthelminthique obtenait la guérison.

Parmi les 3 observations de la petite épidémie de distomatose à *Fasciola hepatica* rapportée en Décembre 1942 par MM. d'Allaines, Lavier et Gandrille, la deuxième a été marquée au début par un syndrome « *toxi-infectieux* » analogue qui a fait rechercher un abcès sous-phrénique, puis penser à une septicémie.

C'est à l'évolution d'une pyrexie de long cours caractérisée, avec un état général moins grave, par des oscillations thermiques irrégulières, de l'anémie et une grande éosinophilie, que l'on a assisté chez 2 des 3 malades (sur 14 cas familiaux) chez lesquels la preuve parasitologique de distomatose a pu être établie dans l'épidémie décrite à Clermont-Ferrand par MM. Bernard Griffiths, Vaurs, Perrot et Mazen (Janvier 1943).

Nous avons nous-même été appelé à observer récemment plusieurs petites épidémies familiales de distomatose contractée dans la région roannaise. Depuis les 2 premières qui ont fait l'objet de publications à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon (Bouysset, Joinaux et Philippe ; Morenas, Fumoux et Vacheron, Mars et Juin 1943) 2 autres sont encore à l'étude. Or, chaque fois, les seuls sujets infestés chez qui la présence d'œufs de douve ait pu être décelée ont présenté un syndrome d'allure vraiment septicémique : on a pensé dans 4 cas à une infection du groupe typhique ou à une mélitococcie ; dans le cinquième, à une infection d'origine otique.

Si nous essayons de dégager dans ces syndromes infectieux précoces, assez flous et déconcertants par ailleurs, quelques caractères particuliers, nous sommes frappés par les symptômes suivants :

1° C'est d'abord *l'allure de la fièvre :* la courbe thermique a pu marquer une fièvre régulière dans les tout premiers jours, mais elle ne tarde pas à se caractériser par sa grande irrégularité. Ce sont parfois des clochers quotidiens, pendant des périodes de quatre à cinq jours intercalées avec des phases de température subfébrile ; plus souvent de brusques ascensions à 39°-40°, se dessinant irrégulièrement sur un fond thermique avoisinant 38°-38°5.

2° La *sudation intense* à la suite des poussées fébriles, rappelant celle de l'accès palustre, mais sans frissons violents préalables.

3° Des *myalgies* dans les membres et plus particulièrement des *douleurs de nuque* accusées par plusieurs malades : ces dernières ont pu, dans un de nos cas, contribuer à égarer le diagnostic vers une infection d'origine otique, justifiée par une otorrhée ancienne, et provoquer une intervention pour le moins inutile.

4° Des douleurs assez obtuses, mais persistantes, dans l'hypocondre droit, même en l'absence de toute hépatomégalie : le foie n'est d'ailleurs que modérément hypertrophié quand il n'est pas normal.

Certains symptômes auxquels on s'attendrait font, par contre, habituellement défaut : pas de troubles gastro-intestinaux marqués, à part l'anorexie ; pas d'ictère, pas de splénomégalie notable.

La durée de ce syndrome septicémique est assez variable ; anormalement longue le plus souvent, étalant sur plus de trois ou quatre mois sa courbe thermique irrégulière ; la fièvre n'est pas encore éteinte lorsqu'un diagnostic parasitologique tardif suggère une thérapeutique efficace.

Si le diagnostic est resté en suspens jusque-là ce n'est pas faute d'examens de laboratoire : hémocultures négatives ou décelant des germes de contamination ou d'infection secondaire — séro-diagnostics également décevants.

L'examen du sang est plus intéressant : il dénote une *anémie* que nous n'avons pas trouvée inférieure à 3.500.000 globules, une leucocytose inconstante (3 fois sur 5 observations étudiées à ce sujet), et *toujours,* dans la formule leucocytaire, une *éosinophilie* élevée, qui s'accroît progressivement, pour atteindre dans la période précédant la convalescence des taux de 50, 65 et même jusqu'à 77 pour 100 (dans une de nos observations).

Il est à noter qu'au cours de cette période infectieuse l'analyse des selles et même le tubage duodénal, moyen d'investigation plus sûr, ne permet que très tardivement la constatation des œufs de *Fasciola hepatica,* seule preuve parasitologique. Cela n'est pas pour surprendre quand on sait que le complet développement des douves ingérées à l'état larvaire met trois mois au moins pour s'effectuer dans l'organisme humain, et que seules les douves adultes et fécondées peuvent émettre des œufs. Or, le syndrome septicémique est très précoce, contemporain de la migration des larves et de leur développement dans les voies biliaires.

L'éosinophilie sanguine, dont Lavier a récemment souligné la précocité, est donc parmi les éléments de laboratoire le premier à orienter le diagnostic vers la distomatose, ou tout au moins vers une affection parasitaire à laquelle on ne songeait nullement : c'est en effet un symptôme insolite au cours d'une septicémie.

Mais quelle que soit la valeur révélatrice de cette éosinophilie, un *test biologique* plus spécifique serait évidemment préférable. Dans cet esprit, séro-diagnostic et déviation du complément s'étant avérés infidèles, nous avons eu recours aux *cuti-* et *intra-dermo-réactions* avec un antigène de douve (*C. R. Académie de Médecine.* 13 Juillet 1943). Ces épreuves d'allergie cutanée, encore non expérimentées dans la distomatose humaine, nous ont donné les meilleurs résultats : très positives dans les 5 cas de distomatose parasitologiquement signée, où nous les avons utilisées, positives à un moindre degré chez les sujets de l'entourage des malades dont l'éosinophilie faisait soupçonner une infestation minime ou abortive ; négatives chez les témoins, même porteurs d'autres helminthiases (kyste hydatique, ténia inerme) ainsi que chez des sujets présentant une éosinophilie due à une autre cause. Les circonstances ne nous ont pas encore permis d'utiliser ces réactions à une phase précoce ; nous pensons qu'elles doivent s'y manifester, contemporaines sans doute de l'éosinophilie qui témoigne comme elles de la sensibilisation aux toxines vermineuses : si les faits nous donnent raison, ces réactions seront pour le diagnostic précoce de la distomatose l'arme la plus précieuse.

Pour le traitement, on aura évidemment recours de préférence à l'*émétine* qui s'est montrée d'autant plus efficace dans la distomatose, qu'il s'agissait d'une infestation plus récente ; il faut savoir cependant que certains de ces malades, peut-être du fait de leur état allergique, tolèrent mal ce médicament ; dans un cas analogue, nous avons employé avec succès le thymol qui, donné à faibles doses répétées, est partiellement absorbé sans donner lieu à des manifestations toxiques et agit ainsi à distance de la lumière intestinale. Les auteurs américains ont eu de bons résultats avec une solution de violet de gentiane en injections intra-veineuses ; les sels d'antimoine se sont montrés inefficaces.

Quant à la pathogénie de ce syndrome septicémique, nous pensons que c'est à juste titre qu'il a été considéré comme *toxi-infectieux.* Des toxines distomiennes dépendent sans doute les malaises généraux, l'anémie, les myalgies, peut-être une réaction fébrile modérée, certainement l'hyperéosinophilie. Par contre, les clochers thermiques sont l'expression de *poussées angiocholitiques* attribuables à la flore bactérienne intestinale introduite par les larves dans le foie et les voies biliaires : la leucocytose inconstante, mais parfois élevée, est un témoignage de cette infection, de même sans doute que certaines hémocultures positives ayant décelé un microbe d'origine intestinale. Mais cette angiocholite infectieuse n'est qu'une manifestation secondaire, sans doute épisodique ; la preuve en est que le traitement anthelminthique — principalement l'émétine — influence heureusement la courbe thermique, aussi bien que les autres symptômes, quelle qu'en soit l'apparence clinique. Il ne s'agit donc pas d'une vraie septicémie, mais d'une intoxication parasitaire accompagnée d'un cortège de manifestations infectieuses qui contribuent à en masquer la véritable nature.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'ÉVOLUTION DU PROBLÈME DE L'ÉPILEPSIE

L'énigme posée par la question de l'épilepsie est encore loin d'être complètement résolue, mais les acquisitions faites depuis quelques années dans ce domaine sont assez importantes pour en avoir changé l'aspect et pour mériter une vue d'ensemble.

La question de l'épilepsie figurait au programme de la *Réunion neurologique internationale de la Société de Neurologie* en 1932 et à celui du *Congrès Neurologique international de Londres* en 1935. La lecture des rapports et des communications présentés dans ces assemblées souligne l'insuffisance attristante à ce moment de nos connaissances sur l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, la pathogénie, la thérapeutique de l'épilepsie. C'est dans ces divers chapitres qu'ont été réalisés depuis d'importants progrès qui sont dus principalement à l'application de l'électro-encéphalographie à l'étude de l'épilepsie, au rapide développement de la neuro-chirurgie, à l'expérimentation, à la méthode de provocation des crises par le cardiazol ou l'électro-choc, enfin à l'introduction dans la thérapeutique de médications nouvelles.

Les notions les plus neuves et les plus inattendues sont peut-être celles qu'a révélées *l'étude électro-encéphalographique.* Je ne ferai que les rappeler sommairement, ces faits étant maintenant bien connus.

L'électro-encéphalographie de l'épileptique a mis en évidence des faits de deux ordres. Elle a montré d'abord que les paroxysmes épileptiques, qu'il s'agisse de grand ou de petit

mal, ont un substratum électrique qui leur est spécial et qui est différent, suivant le type clinique réalisé. D'autre part, on a reconnu que le malade atteint d'épilepsie durable, de ce qu'on a appelé longtemps l'épilepsie essentielle, présente souvent, et ceci surtout dans les moments qui suivent les paroxysmes, des modifications durables du tracé électro-encéphalographique permettant de faire un diagnostic d'épilepsie par l'examen même des tracés obtenus. Il existe en effet chez l'épileptique une « dystythmie » spéciale, pour employer l'expression de Lennox et Gibbs qui ont été des précurseurs dans ce domaine et dont les constatations ont été confirmées et développées en France par Pagniez, Plichet et Liberson ; Baudouin, Fischgold et Rémond ; I. Bertrand, Delay et J. Guillain. Ces particularités du tracé épileptique en dehors des crises sont caractérisées par une lenteur spéciale des ondes alpha, sur laquelle nous avons des premiers attiré l'attention et par la présence de modifications du tracé analogues à celles qu'on enregistre au moment des paroxysmes. De ces modifications celles qui accompagnent les absences sont les plus nettes, avec leur complexe d' « onde-pointe » (wave spike) constitué par la succession d'une onde large et lente et d'une pointe aiguë. Or, l'observation prolongée de ces malades a montré que ce complexe pouvait s'observer indépendamment de toute manifestation clinique. C'était là une notion absolument inattendue qui établit que le cerveau de l'épileptique peut être en permanence le siège de troubles spéciaux dans l'activité électrique de l'écorce que rien ne permettait de soupçonner.

Ajoutons pour finir que l'enregistrement simultané du tracé électro-encéphalographique de plusieurs points de l'écorce a permis de déterminer, dans certains cas, le foyer d'origine des ondes anormales et ainsi de détecter chez quelques malades une lésion cicatricielle ou tumorale origine des accidents.

Ces modifications du tracé E. E. G. épileptique peuvent changer spontanément ou sous l'influence du traitement et leur enregistrement fréquent et prolongé permet d'y trouver les éléments d'un pronostic électro-encéphalographique (Baudouin et Rémond).

A ces notions fondamentales, il faut ajouter que l'étude méthodiquement poursuivie a permis de reconnaître chez quelques sujets appartenant à des familles d'épileptiques et ne présentant eux-mêmes aucun accident des modifications du tracé E. E. G. analogues à celles qu'on relevait chez les membres épileptiques des mêmes familles. (Lennox et Gibbs; Löwenbach.) C'est là un fait inattendu qui ramène la discussion sur la question si longtemps débattue de la prédisposition héréditaire de l'épilepsie.

*
* *

L'épilepsie provoquée dans un but thérapeutique par le cardiazol ou par l'électro-choc a fourni au point de vue qui nous occupe une série de notions intéressantes. Elle a d'abord conduit à réaliser sur l'homme une expérimentation très étendue de crises d'épilepsie provoquée et elle a permis de reconnaître quelques différences peu importantes entre la crise d'épilepsie ainsi déterminée et l'épilepsie spontanée. Elle a amené à constater une certaine différence de sensibilité entre les individus et permis de reconnaître chez les épileptiques une facilité de réaction plus grande que chez les individus normaux, d'où un cardiazol-test de l'épilepsie (Trelles et Ferres ; Manceaux et Bardenat, etc.).

L'épilepsie cardiazolique a été le point de départ de recherches importantes sur la localisation du substratum anatomo-physiologique du paroxysme épileptique ainsi provoqué. Les recherches expérimentales de M. Asuad sont particulièrement importantes à ce point de vue. Cet auteur, pratiquant des sections nerveuses à différentes hauteurs de l'axe cérébro-spinal chez les animaux, chats et lapins, à qui il injectait une dose convulsivante de cardiazol, a reconnu que le paroxysme épileptique apparaissait avec la même richesse de symptômes chez les animaux décérébrés que chez les animaux entiers. Les sections successives ont établi que dans le paroxysme épileptique cardiazolique interviennent tous les centres moteurs étagés depuis le pédoncule cérébral jusqu'au bulbe, mais ceux-ci règlent le paroxysme de telle sorte que les phases tonique et clonique sont conservées quand la protubérance est intacte, mais que la phase tonique disparaît quand le tiers supérieur de la protubérance est sectionné. Dans les préparations bulbaires apparaît seule la phase tonique de la crise. Cette phase tonique elle-même disparaît dès que la bulbe est enlevée ou même simplement lésée dans sa moitié supérieure.

Ces résultats expérimentaux sont confirmés par ceux qu'a obtenus M. Gutierrez Noriega dans des expériences de même type.

De ces recherches résultent donc d'importants arguments en faveur de la localisation extra-pyramidale du substratum de l'épilepsie et sur l'importance à ce point de vue du diencéphale.

C'est aussi au diencéphale comme siège des accidents ou au moins comme point de départ qu'amène l'analyse clinique et expérimentale de l'électro-choc, analyse qu'a particulièrement poussée M. Delay avec ses collaborateurs dans une série très importante de travaux que je ne puis détailler ici.

Mais voici que dans ces tout derniers temps paraissent des travaux amenant à envisager une possibilité plus surprenante, celle de paroxysmes épileptiques d'origine purement médullaire. Ces travaux, précédés par quelques constatations chez la grenouille, sont, d'une part, ceux de MM. Pierre Gley, Lapipe, Rondepierre, Horande et Touchard qui, chez le cobaye et le rat, obtiennent par application d'un courant électrique suffisant de la nuque au coccyx, et après section au-dessous du bulbe, des crises d'épilepsie typique. D'autre part, M. Pierre Tanret, chez des cobayes présentant l'épilepsie de Brown-Séquard par mallophages, reconnaît que l'aptitude convulsive persiste après ablation des hémisphères, du cervelet, du mésencéphale, de la protubérance et même du bulbe (vie maintenue par respiration artificielle). Nous retrouverons ces faits un peu plus loin.

Les *constatations faites par les neuro-chirurgiens*, soit au cours de leurs interventions, soit à l'occasion des examens que celles-ci motivaient, ont apporté des faits intéressants et importants qu'on peut ainsi résumer :

Certaines épilepsies sont, on le savait bien, en rapport avec des cicatrices corticales cérébro-méningées. L'étude de ces cicatrices a montré à Penfield et ses collaborateurs que leur constitution était très particulière. De forme spéciale, en cône à base corticale et à sommet atteignant la ventricule, ces cicatrices exercent une traction progressive sur les tissus voisins et aggravent peu à peu l'irritation qu'elles causent. Leur structure est spéciale avec une richesse exceptionnelle en vaisseaux anormaux dont la paroi est riche en fibres nerveuses végétatives (Storer, Plumer, Humphreys). Sur la table d'opération et sous anesthésie l'application du courant électrique au point irrité peut permettre la provocation d'une crise épileptique. L'ablation complète de semblables cicatrices peut être suivie de la guérison complète de l'épilepsie. German, sur 29 cas revus après un délai de un à huit ans, enregistre un résultat satisfaisant dans 19 cas sur lesquels 10 avec disparition complète de l'épilepsie. Mais d'autres auteurs n'ont pas enregistré à beaucoup près des résultats aussi favorables, ni surtout aussi durables.

Indépendamment de malformations cicatricielles aussi considérables, la pratique étendue de l'encéphalographie a montré, dans une proportion importante de cas d'épilepsie grave, la fréquence des anomalies de forme des ventricules. C'est ainsi que Larsby et Lindgren, chez 125 grands épileptiques d'asiles, ont trouvé 59 fois les ventricules anormaux et 15 fois les sillons des circonvolutions élargis.

L'étude neuro-chirurgicale a, d'autre part, montré l'importance et la relation plus fréquente qu'on ne le croyait de l'épilepsie en apparence spontanée avec les *tumeurs cérébrales*.

Cette question a fait récemment l'objet de l'intéressante thèse de M[lle] Jacqueline Moreau, écrite sous l'inspiration de M. Clovis Vincent et faisant état de 235 observations. D'après elle, l'épilepsie due aux tumeurs est d'apparition tardive et le plus souvent atypique. Souvent les crises en sont d'abord généralisées puis remplacées par des crises jacksoniennes.

L'épilepsie tumorale est influencée dans une large mesure par la localisation de la néoformation. C'est ainsi que les tumeurs de la fosse postérieure ne donnent jamais d'épilepsie. Par contre, sont épileptogènes les tumeurs frontales ou temporales profondes.

Le diagnostic de tumeur cérébrale en cas d'épilepsie apparue de façon en apparence primitive chez un adulte peut être très délicat. En tout cas il faut bien savoir que la stase papillaire, considérée à juste titre comme un signe excellent, peut manquer pendant longtemps et que son absence ne peut permettre de rejeter le diagnostic de tumeur. Ce diagnostic peut nécessiter des examens répétés de la ventriculographie.

D'après List, en cas de gliome des hémisphères cérébraux, la fréquence des crises d'épilepsie ne serait pas seulement en relation avec le siège de la tumeur mais aussi avec son type histologique et les tumeurs diffuses, envahissantes, s'accompagneraient plus souvent d'attaques convulsives que les gliomes bien délimités.

Graff, sur 251 cas de méningiome, rencontre l'épilepsie dans plus de 30 pour 100 des cas; les crises jacksoniennes étant les plus fréquentes.

Teglbjoerg, Peter et Karen ont observé 42 épileptiques atteints de tumeur cérébrale et chez qui l'épilepsie avait précédé leur hospitalisation de deux à vingt-deux ans. Ils font remarquer que l'épilepsie se manifeste surtout en cas de tumeur à développement lent et confirment l'opinion de Penfield qui estime que les chances d'épilepsie sont d'autant plus grandes que la tumeur siège plus près de la scissure de Rolando.

*
* *

Dans l'ordre thérapeutique le progrès majeur de ces dernières années a été réalisé par l'introduction dans la médication anticomitiale de l'hydantoïne et de ses sels, à la suite des travaux de Merritt et Putnam. Leurs constatations, confirmées par celles des neurologistes des différents pays, ont apporté une nouvelle ressource médicamenteuse dont l'importance et les limites sont dès à présent précisées, de telle sorte qu'on peut dire que l'hydantoïne n'a pas remplacé les malonylurées mais peut, dans certains cas, leur être très supérieure et les suppléer, dans d'autres les compléter de la façon la plus heureuse.

Par ailleurs cette médication nouvelle a permis d'intéressantes constatations sur le mode d'action de l'hydantoïne. Les barbituriques ont une action anticonvulsivante complexe. Ils agissent surtout en imprégnant les centres diencéphaliques (Dick et Molitor; Kreser). L'hydantoïne paraît porter son action exclusivement sur l'écorce cérébrale. M. Pierre Gley a fait à ce sujet les constatations suivantes :

Quand répétant les recherches bien connues de Fritch et Hiszig, de François Frank on excite par un courant électrique la zone motrice corticale du chien, on provoque d'abord des mouvements dans les groupes musculaires commandés par ces centres. Si on fait une excitation forte et prolongée on provoque un accès épileptique, tonique puis clonique. Chez l'animal ayant reçu une forte dose de barbiturique, l'aptitude épileptique disparaît et en même temps l'excitabilité de l'écorce disparaît. La même expérience faite chez un chien ayant reçu une forte dose d'hydantoïnate de soude montre que l'aptitude épileptique disparaît aussi mais l'excitabilité de l'écorce persiste et les mouvements se produisent dans les muscles du corps correspondant au point moteur excité, mais l'excitation, même forte et prolongée, ne se généralise pas. Les barbituriques agiraient dans l'espèce en tant qu'anesthésiques et l'hydantoïne, qui n'est pas anesthésique, aurait une action en quelque sorte élective sur l'aptitude de l'écorce à l'épilepsie électrique. De ce fait l'hydantoïne se sépare des barbituriques et des bromures. Elle est, à proprement parler, un médicament spécifiquement anti-épileptique.

*
* *

J'ai laissé intentionnellement de côté, dans cette courte revue, tout ce qui a trait aux modifications humorales chez l'épileptique. Ce n'est pas que les travaux que j'ai retenus rejettent dans le néant ce qui a été établi sur le rôle favorisant ou empêchant vis-à-vis des paroxysmes épileptiques du jeûne, des variations de l'équilibre acido-basique, du métabolisme de l'eau et spécialement de la déshydratation, etc. Mais il s'agit évidemment là de conditions accessoires et sur lesquelles les recherches de ces dix dernières années, bien qu'elles aient comporté encore d'importants travaux sur ces sujets, n'ont pas apporté de notions me paraissant aussi importantes que celles que j'ai passées en revue.

*
* *

Après cette rapide mise au point, je voudrais maintenant essayer d'envisager l'ensemble du problème.

Tout le monde était et reste d'accord sur le fait que l'accident le plus tapageur de l'épilepsie, la crise convulsive, n'est qu'un accident qui peut se produire dans les conditions les plus variées. L'expérimentation le montre bien qui réalise facilement des crises convulsives par des moyens aussi différents que l'injection de certains toxiques, l'électrisation de l'écorce, ou certaines perturbations brutales de la circulation cérébrale, etc. La clinique, d'autre part, le reconnaît aussi quand elle enregistre des crises d'ordre toxique comme celles du bromure de camphre, du bromure de méthyle, du cardiazol, des essences type absinthe, fenouil, badiane, etc., ou d'ordre électrique comme l'électro-choc, ou d'ordre réflexe, etc.

L'épilepsie est autre chose; c'est une maladie plus ou moins durable dont les manifestations peuvent être constituées uniquement par des paroxysmes convulsifs sous forme de crises mais qui se complètent souvent par des accidents d'un autre ordre: absences ou équivalents de divers modes : mentaux, sympathiques, etc., et qui peut s'accompagner quelquefois enfin de troubles variés : du caractère, de l'intelligence, etc.

Cette maladie, l'expérimentation ne réussit pas à la reproduire, pas plus qu'elle ne reproduit la goutte ou la migraine. La forme expérimentale la plus rapprochée reste l'épilepsie de Brown-Séquard du cobaye. Celui-ci comme l'homme épileptique, est un convulsionnaire en puissance dont les paroxysmes peuvent être déclenchés par des causes occasionnelles. Cette forme d'épilepsie expérimentale est, comme nous l'avons établi avec Plichet et Laplane, déterminée par le pullulement dans la fourrure de l'animal de petits parasites, dits mallophages. Elle ne s'accompagne pas de lésions nerveuses durables, la suppression des parasites entraînant la suppression immédiate et totale de la maladie et la localisation de ses convulsions d'après les récentes constatations de P. Tanret serait avant tout médullaire.

Cette particularité d'une épilepsie expérimentale sans lésion nerveuse durable ne saurait être complètement perdue de vue dans l'appréciation et la discussion des formes habituelles d'épilepsie.

Quelle que soit sa physionomie clinique et son groupement, la crise convulsive est faite de deux éléments : une perte totale de conscience d'une part, des réactions motrices, toniques et cloniques de l'autre. La perte de conscience est la particularité la plus spécifique si on peut dire et ces divers éléments pouvant se dissocier, la crise purement convulsive est qualifiée de jacksonienne, la crise avec perte de conscience de crise complète, ou pour certains auteurs aujourd'hui d'épilepsie-coma (M[lle] Moreau).

Ceci admis, diverses questions se posent dont les principales sont les suivantes : où se localise dans le système nerveux le substratum anatomique et physiologique de la crise épileptique ? En quoi consiste-t-il ? Qu'est-ce qui conditionne la maladie épileptique durable ? Qu'est-ce qui en règle et en provoque les paroxysmes ?

La première question est posée depuis longtemps et déjà H. Jackson admettait que « les centres d'abord engagés dans les paroxysmes » pouvaient être situés à trois niveaux différents du système nerveux central, le plus bas étant protubérantiel et médullaire, le plus élevé préfrontal. Mais depuis les recherches de Ferrier et Hitzig démontrant l'excitabilité électrique de l'écorce, toute crise comitiale a été longtemps considérée comme une manifestation corticale. Cependant on avait peu à peu reconnu l'existence d'épilepsie sous-corticale, ou striée, ou extra-pyramidale, dont les manifestations étaient liées à l'excitation des noyaux basilaires (Marinesco), ponto-bulbaires, médullaires et même hypophysaires (Cushing) et Salmon avait décrit un centre végétatif épileptogène qu'il localisait dans le diencéphale.

Cette opposition entre pathogénie corticale et sous-corticale persiste, mais la deuxième conception a certainement gagné du terrain dans les dernières années, d'abord du fait de l'expérimentation dont on a vu plus haut l'exposé. Il est maintenant établi en effet qu'on peut obtenir des crises convulsives non seulement chez l'animal décérébré, c'est-à-dire privé de l'écorce cérébrale mais aussi chez l'animal ayant subi des transsections ne laissant plus agir que la protubérance et les centres sous-jacents.

D'autre part, comme on l'a vu, la pratique de l'électro-choc et l'expérimentation en rapport avec celui-ci ont montré que la crise convulsive en cette circonstance est le fait de l'excitation électrique des centres diencéphaliques. Enfin, les constatations des neuro-chirurgiens les ont amenés à constater qu'à côté des tumeurs et des lésions à siège cortical ou para-cortical, qui le plus souvent donnent l'épilepsie jacksonienne, ce sont les lésions à siège profond venant irriter les noyaux de la base qui sont surtout la condition de production de l'épilepsie complète de l' « épilepsie-coma ».

Ces mêmes centres l'observation des neuro-chirurgiens les localise dans la région rétro-chiasmatique au voisinage du 3e ventricule. On a reconnu, en effet, au cours d'interventions que l'excitation mécanique de cette région pouvait déterminer l'apparition d'une crise généralisée débutant par la perte de conscience, crise que ne produit pas l'excitation analogue de la zone corticale. En pareil cas l'excitation des noyaux de la base aurait pour effet de déterminer au niveau de l'écorce la perte de conscience et les convulsions, mais celles-ci pouvant, aussi, on l'a vu, tirer leur origine de points très différents.

Les « centres primitivement engagés dans les paroxysmes convulsifs », pour employer l'expression de Jackson, peuvent donc être corticaux ou diencéphaliques. Doit-on admettre que ces derniers sont toujours en cause en cas de perte de conscience, la chose ne me paraît pas encore complètement démontrée puisque la perte de conscience paraît être d'intervention immédiatement corticale, et je crois que la conception assez large et souple, si l'on peut dire, de Jackson a tout intérêt à être conservée, au moins pour le moment.

Ceci dit, que se passe-t-il au niveau de ces centres au moment de la crise ? Il y a quelques années, à la suite des constatations très précises de Horsley, de Leriche, de Walter, de Martel, de Barré, on admettait même la constance, tout au moins la grande fréquence, de phénomènes d'anémie cérébrale par spasme vasculaire au début même de la crise et paraissant conditionner le développement de celle-ci.

Foerster avait écrit : « Le cerveau devient pâle et se contracte... comme j'ai pu le constater dans plus de 100 crises épileptiques que j'ai observées sur la table d'opération, la surface du cerveau étant découverte. » Mais la multiplication considérable des constatations sur le cerveau pendant la crise a montré qu'il n'en était pas toujours ainsi et qu'on pouvait en tout cas, un peu plus tard, faire des constatations différentes, le cerveau pouvant devenir tendu, œdémateux et couleur lie de vin.

On doit donc dire qu'il y a très souvent en même temps que le début d'une crise des troubles vasculaires, mais que ceux-ci ne paraissent pas indispensables et en tout cas pas nécessairement de même type.

D'autre part, on a constaté (Penfield) que dans la production expérimentale de crises provoquées par excitation d'une zone corticale épileptogène il y a augmentation de la circulation locale au niveau des centres qui sont entrés en jeu.

Et Gibbs et Lennox dans des recherches faites chez l'homme ont constaté qu'il n'y avait au niveau de la jugulaire aucune réduction de la quantité de sang circulant aussitôt avant le début des crises.

D'ailleurs ces troubles circulatoires paraissent bien ne pas jouer le rôle qu'on croyait dans le déterminisme des accidents. C'est ce qui ressort avec évidence des recherches expérimentales faites par Riser, Giraud, Ruffie et Lavitry sur cette question. Ces auteurs ont démontré par les méthodes les plus précises, avec enregistrement photographique du réseau vasculaire piocortical, l'absence de modifications de la circulation immédiatement avant et au début de la crise épileptique.

Leur conclusion est que l'épilepsie peut bien relever d'une ischémie cérébrale, mais qu'on ne saurait sans erreur grave généraliser cette théorie ischémique. La pathogénie des troubles en cause est si on peut dire plus profonde.

Que le point de départ soit diencéphalique ou cortical, ce qui se passe dans l'intimité des centres en cause nous échappe encore presque complètement et nous en sommes à peu près réduits à employer des termes comme ceux de Jackson qui, en 1890, parlait de « libération d'énergie par les éléments nerveux » sous forme de « décharge explosive ». Sans doute, cette libération d'énergie a maintenant sa traduction électro-encéphalographique sous forme d'orages électriques. Mais le siège cortical de ces manifestations n'implique pas leur indépendance vis-à-vis des centres sous-jacents. MM. I. Bertrand, Godet et Lacape viennent de faire connaître des résultats expérimentaux fort intéressants et montrant que des lésions basses du névraxe (tumeurs ou autres) peuvent se traduire dans la région rolandique par des courants de crampe, des orages électriques, ce qui par analogie laisse penser que dans l'épilepsie l'origine profonde des orages électriques est très possible.

Que ces orages aient leur origine au niveau même de l'écorce ou plus profondément, ils ne sont d'ailleurs pas indissolublement liés aux paroxysmes cliniques et ceci, on l'a vu, est particulièrement bien établi en ce qui concerne les absences puisque les complexes « onde-pointe » peuvent fréquemment être enregistrés sans aucune manifestation clinique. L'électro-encéphalographie paraît donc mettre plutôt en évidence un symptôme électrique qu'une condition même de production des accidents comitiaux. Ce symptôme, qui témoigne d'un désordre important dans le fonctionnement des centres nerveux, fait à l'heure actuelle partie de l'ensemble des troubles qu'occasionne l'épilepsie et, comme je l'ai indiqué, son observation prolongée met à la disposition du médecin des notions d'ordre pronostique qui ne sont point négligeables.

Si l'anatomie et surtout la physio-pathologie des crises épileptiques conservent encore beaucoup d'obscurité, il en est de même en ce qui concerne la maladie épileptique. Celle-ci est constituée par la reproduction à intervalles plus ou moins éloignés, quelquefois réguliers, de paroxysmes divers : crises, absences, équivalents mentaux.

Comme il y a vingt ans, force est encore de reconnaître que si beaucoup d'épilepsies sont symptomatiques en raison d'un substratum anatomo-pathologique (cicatrice cérébro-méningée, malformation, tumeur, etc.) qui en conditionne le développement, par un mécanisme dont on commence à entrevoir le mode d'action, il en reste cependant un assez grand nombre qui demeurent cryptogénétiques, ou essentielles, « genuine » disent les Anglo-Saxons.

La disposition permanente qui constitue la maladie a maintenant une expression nouvelle sous la forme de modifications électro-encéphalographiques (lenteur des ondes alpha, etc.) dont on a reconnu qu'elles sont communes chez les épileptiques, mais dont la présence toutefois ne paraît pas rigoureusement et complètement indispensable, puisque les épilepsies symptomatiques ne les présentent pas.

Leur importance néanmoins est considérable et légitime les recherches patientes et méthodiques, comme celles que poursuivent MM. Baudouin et Rémond. Peut-être jalonnent-elles la voie vers de nouvelles découvertes. Les travaux poursuivis dans un domaine voisin, celui du sommeil, dont on a lu récemment, ici même, un très intéressant exposé de M. Paul Chauchard, permettent, en effet, de se demander si chez l'épileptique il n'existe pas aussi des troubles importants dans le jeu des chronaxies de constitution et de substitution sous l'influence de perturbations des centres diencéphaliques. A ma connaissance, la question ne paraît pas encore avoir été abordée. Elle le sera bientôt certainement.

Il est possible, et l'idée en vient tout naturellement à l'esprit, que les perturbations électriques traduisent une modification de structure chimique ou autre des centres nerveux, ou encore qu'elles soient en rapport avec des actions toxiques durables ou intermittentes. L'intervention de ces facteurs de cet ordre paraît surtout nécessaire pour ces cas d'épilepsie cryptogénétique dans lesquels l'étude anatomique reste muette même quand elle est faite sur le vivant soit par les techniques de l'encéphalographie, soit par intervention chirurgicale. Mais ceci n'est encore que supposition. En restant prudemment sur le terrain des faits, on peut déjà mesurer que dans le problème de l'épilepsie un certain nombre d'inconnues ont depuis vingt ans été dégagées et que son orientation actuelle est devenue plus nette.

Ph. Pagniez.

BIBLIOGRAPHIE

S. Teglbjverg, H. Peter et B. Karen : Epilepsy ar a Symptom in Intracranial Tumores. *Acta Psychiatr. et Neur.*, 1944, fasc. 1-2, 379. — H. Jackson : On convulsive Seizures, *Selected Writings*, vol. 1, 414. (*Hodder* et *Stougkton*), Londres, 1931. — J. Moreau : L'épilepsie des tumeurs du cerveau. Contribution à l'étude du mécanisme épileptique. *Thèse de Paris*, 1943. — Baudouin et Rémond : L'électro-encéphalo pronostic de l'épilepsie. *Paris-Médical*, 10 Octobre 1943, 261. — Manceau, Bardenat, Bertin et Surini : Intérêt du cardiazol-test pour le diagnostic de l'épilepsie. *L'Algérie Médicale*, Avril 1941, 51. — Riser, Giraud, Ruffic et Lavitry : La pathogénie vasculaire de l'épilepsie. *La Presse Médicale*, 6 Janvier 1942, 2. — J. Asuad : Contribution à l'étude de l'épilepsie expérimentale. *Thèse de Paris*, 1940. — P. Gley, Lapipe, Rondepierre, Horande et Touchard : Sur un syndrome convulsif consécutif à l'excitation électrique de la moelle. — P. Tanret : Sur l'épilepsie expérimentale, type Brown-Sequard. *C. R. Ac. des Sciences*, 12 Avril 1943, 542. — I. Bertrand, J. Godet et R. Lacape : Projection électro-encéphalographique des lésions basses du névraxe. *Soc. de Biologie*, 11 Mars 1944, 143.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE PARIS

Jacques Loeper. *Les sécrétions internes du cancer du sein* (*Jouve*, édit.), Paris, 1943. — C'est un problème très anciennement posé que celui du retentissement des cancers sur l'organisme. Les cancers se comportent-ils comme des glandes internes dont la sécrétion se répand dans l'économie ? Tel est le vaste sujet de pathologie générale auquel s'est attaché L. dans une thèse où l'on retrouve la hardiesse des conceptions et l'enchaînement des déductions qui sont la marque de l'esprit et des principes qui ont présidé à son élaboration.

L'étude a porté sur le cancer du sein, parce que cet organe n'est pas essentiel à la vie, parce que sa déficience ne peut être à elle seule source d'aucun trouble important, parce que ses tumeurs ne s'infectent et ne saignent que tardivement et parce que l'intervention du chirurgien ou du radiologue peuvent permettre facilement une étude histologique précoce et une étude comparative des variations humorales.

L. étudie tout d'abord les symptômes cliniques qui peuvent être notés dans l'évolution du cancer du sein par la résorption ou la sécrétion des produits de la tumeur. Celle-ci abaisse peu la tension artérielle, ne produit, sauf exception, qu'une anémie assez faible, mais peut dans un certain nombre de cas déterminer, quand la moelle est atteinte, des réactions érythroblastiques. Ce cancer n'agit guère sur le système végétatif, mais peut entraîner des phénomènes endocriniens, métaboliques ou ostéolytiques qui s'apparentent aux syndromes thyroïdiens, ovariens, parathyroïdiens. L'étude chimique a porté sur la glycémie habituellement normale. Le métabolisme lipidique est, par contre, souvent modifié. Le cholestérol est toujours élevé (22 cas sur 22) ; les lipides totaux sont, en général, légèrement accrus. Les protides totaux sont en général élevés, tout en gardant leurs rapports normaux. Dans plusieurs cas, l'azote résiduel, l'acide urique ont été élevés. Il y a en général hypercalcémie, sans que les chiffres soient plus élevés dans les cas métastasés à l'os que dans les cas sans métastase. Il en est de même des phosphatases. Il ressort donc de ces recherches que l'action irritative, spéciale de la cellule cancéreuse sur les cellules osseuses, apparaît comme assez spécifique et l'hypothèse d'une action ostéolytique des cellules néoplasiques est très vraisemblable.

Si l'on étudie l'histologie des tumeurs du sein, on relève que certaines tumeurs sont surtout acineuses, tubulées-glandulaires et sécrétrices de mucus. Un autre groupe est très chargé en graisse, surtout en lipoïdes et cholestérine. On trouve à côté de ces cellules lipidiques des cellules spéciales qui réduisent l'acide osmique en brun chaud et que L. appelle « cellules osmiaffines ». L'examen chimique des tumeurs montre également cette prédominance des éléments lipidiques. Même quand la tumeur est intacte et non dégénérée on retrouve une quantité importante de graisse, cholestérine et phospholipides.

Le passage des substances dans le sang, qu'il soit dû à une sécrétion interne véritable ou à une simple résorption de produits désintégrés, est prouvé de façon indiscutable par l'augmentation de la protéinémie et de l'amino-acidémie, sous l'influence de la radiothérapie ou de l'intervention chirurgicale.

Dans une seconde partie expérimentale, L. s'est livré à une série d'expériences intéressantes qui plaident en faveur d'une sécrétion interne véritable, au moins dans certaines tumeurs du sein, et d'un fonctionnement endocrinien. L'injection sous-cutanée d'extrait aqueux de tumeur accroît parfois la calcémie de l'animal d'expérience, élève aussi le métabolisme basal. L'injection d'extrait lipidique détermine souvent chez la rate ovariectomisée l'apparition du test d'Allen et Doisy.

Tels sont les éléments de ce très beau travail clinique et expérimental qui déborde le cadre des cancers du sein pour poser le vaste problème du retentissement général des cancers. Sans doute, nombre de ceux-ci se comportent-ils dans l'économie comme de véritables glandes à sécrétion interne, et par le jeu de la spécificité chimique conditionnent autant de symptômes à distance. Cette idée, depuis longtemps soutenue par le Prof. Loeper, a trouvé avec ce travail un éloquent avocat et un rigoureux plaidoyer.

André Varay.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

Costantini, Fabiani, Raynal et Torreilles. *Les angiomes caverneux cirsoïdes de la fesse* (*Journal de Chirurgie*, t. 59, nos 1-4, Janvier-Avril 1943, p. 10-22, 2 fig.). — Une demoiselle de 32 ans vient demander, aux fins de mariage, l'ablation d'une volumineuse tumeur angiomateuse de la fesse droite qu'elle sent animée de battements lorsqu'elle se couche de ce côté. A la naissance elle n'avait qu'un nævus plan et le développement et la transformation caverneuse et artério-veineuse actuels sont le résultat d'une série de poussées évolutives à 6 ans, à 20 ans, à 27 ans.

La tache angiomateuse qui calotte la tumeur fessière est couleur lie de vin foncé, à contours découpés, pachydermisée, verruqueuse ou croutelleuse par endroits, excoriée profondément près de son pôle inférieur; où le tégument est de couleur normale, on distingue des varicosités bleutées lenticulaires. La masse tumorale, légèrement bloquée par la contraction des fessiers, paraît gagner la profondeur.

L'existence d'une circulation anormale de type artério-veineux, expliquant les battements ressentis par la malade, est établie aisément par la découverte, au pôle supéro-interne de la tumeur angiomateuse, de 3 centres de battements avec thrill et souffle continu, à renforcement systolique. Malgré la grande discrétion des signes fonctionnels, les conséquences cardio-vasculaires de cette communication artério-veineuse n'en sont pas moins prouvées par la radiographie cardiaque qui montre une dilatation de l'oreillette droite et un étalement du ventricule gauche que la suppression de la tumeur feront disparaître.

Le traitement, suivi de guérison, a comporté 3 temps : la radiothérapie; la ligature transpéritonéale de l'hypogastrique, énorme et entourée d'un lacis veineux impressionnant, qui ne supprime que temporairement les battements, le thrill et le souffle mais les atténue; enfin, 32 jours après la ligature, au bistouri électrique, ablation fortement hémorragique (transfusion et sérum physiologique) de la tumeur qui n'est que cutanée.

Les considérations font ressortir le caractère évolutif des angiomes amenés par poussées à l'état caverneux et aux communications artério-veineuses. Cette évolution est favorisée, à la fesse, par le caractère terminal de l'artère hypogastrique, l'angiome devant être considéré comme une tumeur développée sur le territoire d'un vaisseau qui devient son pédicule vasculaire dont la ligature, préalable à l'ablation, est nécessaire.

P. Grisel.

R. Joyeux et A. Courty. *Quelques considérations sur le volvulus du cæcum à propos de 5 observations personnelles* (*Journal de Chirurgie*, t. 59, nos 1-4, Janvier-Avril 1943, p. 23-44, 6 fig.). — Après le texte de leurs 5 observations, J. et C. donnent les caractères des 3 types classiques du volvulus cæcal : par rotation autour de l'axe vertical; par bascule autour de l'axe transversal ou antéro-postérieur; par torsion combinée ou par rotation autour d'un axe oblique. Tous trois présupposent (Lenormant) l'existence d'un défaut plus ou moins complet d'accolement du méso de l'anse colique droite et, de plus, pour les volvulus vrais par rotation, addition d'une lésion acquise, bride, adhérence, membrane de Lane, qui fixe le bas-fond cæcal et oriente ainsi la rotation (Grégoire).

J. et C. ont fait de ces conceptions classiques une critique basée sur l'étude des observations et sur celle des déplacements et rotations du cæco-côlon obtenus sur le cadavre par insufflation du côlon droit mobilisé et soit laissé libre, soit fixé par adhérence artificielle de l'appendice au péritoine pariétal postérieur. Voici leurs conclusions :

« Le volvulus du cæcum est en somme réalisé dans la grande majorité des cas par une torsion du cæco-côlon ascendant et non du cæcum seul. A l'origine de ce volvulus existe une malformation anatomique donnant à ce segment digestif une mobilité anormale. Mais l'élément déterminant est la dilatation aiguë du cæco-côlon. Ces torsions du cæcum se font autour d'un axe oblique ou d'un axe vertical, selon que le bas-fond cæcal est ou non fixé par des adhérences ou des brides. Les plicatures (faux volvulus) autour d'un axe transversal ou antéro-postérieur doivent être classées parmi les vices de position congénitale du gros intestin.

Cliniquement le volvulus du cæcum présente une symptomatologie de début qui lui est propre ; dans les cas difficiles la radiographie, avec ou sans préparation, est d'un précieux secours.

La dilatation aiguë du cæco-côlon sans volvulus est la seule affection qui prête le plus à erreur. Dans un cas comme dans l'autre, l'indication opératoire est formelle. La modalité opératoire peut être la même; ne serait-il donc pas préférable de fondre ces deux affections dans un chapitre désormais intitulé : « Les dilatations aiguës du côlon droit. »

P. Grisel.

M. Fèvre et R. Huguenin. *L'étape chirurgicale dans le traitement des tumeurs malignes du rein chez l'enfant* (*Journal de Chirurgie*, t. 59, nos 5-8, 1943, p. 101-112, avec 5 fig.). — L'indication opératoire devant un gros rein de l'enfant est absolue parce que :

1° L'absence d'intervention pourrait laisser mourir un enfant sur 10 d'une lésion rénale que l'on croit cancéreuse et que l'opération montrera être un kyste rénal, un rein polykystique, une tuberculose rénale et même un phlegmon périnéphrétique subaigu.

2° Même en cas de cancer il est possible d'obtenir une survie qui a pu assurer une parfaite santé 3 ans et 8 mois, 8 ans, 18 ans même après l'intervention.

3° Il n'existe guère de limites aux tentatives d'exérèse du rein néoplasique, si ce n'est la fixation par propagation de la tumeur, l'ascite et les métastases.

Avant l'opération les examens portant sur la numération et la valeur globulaire, les temps de saignement et de coagulation doivent être faits, mais, lorsqu'il existe une tumeur rénale certaine, certains examens fatigants, même shockants comme l'urétéro-pyélographie rétrograde, peuvent être abandonnés même si, dans les cas difficiles, l'état de l'autre rein doit rester imprécis. La radiographie simple, l'urographie intraveineuse restent indiquées.

Les conseils techniques recommandent l'incision lombo-abdominale, l'incision volontaire mais courte du péritoine, le dégagement du rein menant vers le pédicule qui pourra être lié le plus loin possible, comme l'uretère, si le volume de la tumeur ne nécessite pas l'extériorisation préalable. Fermeture sans drainage.

L'étude des résultats opératoires montre la gravité extrême des simples opérations exploratrices. Pour ce qui est de la néphrectomie le rôle de la technique suivie apparaît par la comparaison des statistiques habituelles qui indiquent une mortalité opératoire de 30 à 52 pour 100, alors que celle des 16 cas personnels des auteurs n'est que de 2 cas, soit 12,5 pour 100. La survie a dépassé rarement un an, sauf dans un cas où elle est de 3 ans et 8 mois.

La radiothérapie n'est pas étudiée et fera l'objet d'un mémoire ultérieur, mais F. et H., dans leurs conclusions, indiquent que l'association rayons-chirurgie a des résultats meilleurs que la chirurgie seule et que la meilleure combinaison est l'irradiation après l'opération.

P. Grisel.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

H. Roger et P. Mouren (Cahors). *L'angiomatose encéphalo-trigéminée : angiomes facio-corticaux avec épilepsie et troubles psychiques* (*Annales médico-psychologiques*, an. 102, t. 1, n° 1, 1944, p. 1-8). — Entre les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales (maladie de Recklinghausen et sclérose tubéreuse de Bourneville) et l'angiomatose kystique de la rétine de Lindau, R. et M. décrivent l'ensemble clinique suivant :

1° nævus de la face, unilatéral, surélevé, couleur lie de vin ;

2° crises comitiales, souvent unilatérales du côté opposé, avec hémiparésie et débilité mentale ;

3° angiomes des méninges avec dépôts calcaires, qui se profilent sur le cliché radiographique en traînées flexueuses, ou angiome du cortex.

Souvent familiale, la maladie débute par des crises convulsives dès la première enfance; elle se complique parfois d'hémorragies méningées à répétition.

Les rayons X et le radium peuvent réduire les tumeurs. La chirurgie propose 2 opérations : l'électro-coagulation de l'angiome cérébral et la ligature de la caroride.

G. d'Heucqueville.

A. Barbe. *Les psychoses de la syphilis primaire et secondaire* (*Annales médico-psychologiques*, an. 102, t. 1, n° 1, 1944, p. 9-20). — Synthèse de l'étiologie syphilitique dans les troubles mentaux. B. discute le rôle du terrain, du microbe (neurotrope ou non), la pathogénie et l'histologie des lésions méningées et encéphaliques.

La syphilis primaire ne donne aucune réaction mentale d'ordre infectieux ; il s'agit de syphilophobie et de suicides après contamination.

La syphilis secondaire agit comme septicémie : on observe le délire aigu, la confusion mentale avec réaction méningitique du liquide céphalo-rachidien.

G. d'Heucqueville.

MÉDECINE TROPICALE
(Marseille)

Gallais, Journe et Reyjal. *La paralysie générale chez les noirs d'Afrique* (*Médecine tropicale*, an. 3, n° 1, Janvier-Février 1943, p. 3-23). — La paralysie générale est rare chez les noirs d'Afrique, mais elle existe. G., J. et R. en rapportent 7 nouvelles observations ; il est vrai que ces observations, ainsi que les quelques autres déjà publiées, concernent surtout des noirs transplantés ou évolués, tandis que l'autochtone vivant dans la brousse y échappe.

Les modifications biologiques complexes engendrées par le transfert paraissent constituer un ensemble de faits susceptibles d'expliquer le glissement du tréponème vers la cellule nerveuse. Les conditions psychiques nouvelles, la neutralisation du dermotropisme de la syphilis du noir chez les dépaysés, les modifications climatiques, la guérison du paludisme, les conséquences métaboliques d'habitudes alimentaires nouvelles, l'alcoolisme constituent les divers chaînons d'une révolution biologique chez les transplantés et qui permet d'expliquer dans une certaine mesure l'apparition de l'encéphalite spécifique chez les noirs d'Afrique.

R. Burnier.

L. Dejou et R. Barbet. *Les retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale* (*Médecine tropicale*, an. 3, n° 2, Mars-Avril 1943, p. 103-122). — Les troubles gastro-duodénaux au cours de la côlite amibienne peuvent être dus soit à une dyspepsie réflexe, soit à des lésions organiques gastro-duodénales secondaires à la typhlite amibienne; ces lésions n'ayant bien souvent aucun caractère spécifiquement amibien.

Lorsqu'il s'agit de troubles dyspeptiques banaux de type hypersthénique ou hyposthénique, d'ordre réflexe, le traitement amibien les fait cesser.

Les périduodénites secondaires à la typhlite amibienne déterminent des troubles semblables, cliniquement et radiologiquement, à ceux que l'on rencontre au cours de certaines appendicites chroniques; le traitement amibien n'est pas toujours efficace.

Les pyloro-duodénites qui se marquent souvent par des hématémèses ou du mélæna peuvent évoluer vers la sténose; elles ne donnent pas radiologiquement des images spéciales et il est difficile de juger l'efficacité du traitement amibien appliqué à ces troubles.

Lorsque le malade est porteur d'un ulcère gastrique ou duodénal celui-ci peut être indépendant de l'amibiase. Quelquefois, lorsqu'existent des lésions de voisinage marquées, l'ulcère peut être l'aboutissement d'une phase plus ou moins longue de gastro-duodénite où l'amibiase joue un rôle certain. Dans ces cas, l'origine amibienne de l'ulcus doit être retenue du point de vue médico-légal.

Le traitement amibien n'a pas d'action spéciale sur l'ulcère, mais devra toujours être institué avant une gastrectomie si celle-ci vient à être indiquée.

Il faut penser à l'amibiase, en milieu colonial, en présence de troubles pseudo-ulcéreux, mais ne pas méconnaître un ulcère chez un amibien.

J.-M. Gorse.

LE NOURRISSON
(Paris)

J. L'hirondel (Caen). *Un traitement simple et efficace du prolapsus du nourrisson. Les injections de quinine-urée* (*Le Nourrisson*, t. 32, n° 1, Janvier-Février 1944, p. 6-8). — Si le prolapsus du nourrisson ne constitue pas une affection grave en soi, il est très gênant par sa répétition ou son irréductibilité. Le cerclage chirurgical est loin d'être une méthode parfaite et ne réussit pas toujours.

Le prolapsus du nourrisson est en général un collapsus muqueux, l'injection d'une substance sclérosante entre la muqueuse et la musculeuse est logique. 2 à 3 cm^3 d'une solution de chlorhydrolactate de quinine-urée à 5 pour 100 injectée une fois par semaine donnent d'excellents résultats. 2 injections suffisent dans les cas ordinaires; il est quelquefois nécessaire d'en faire 3 ou 4. Les incidents sont nuls. Sur 14 cas traités, 12 fois le prolapsus ne sortait plus dès le lendemain de la première injection. 12 enfants sont guéris depuis plus de 3 mois.

Robert Clément.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

André-Thomas, Etienne Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine. *Contribution à l'étude des paralysies obstétricales* (*Revue neurologique*, t. 35, nos 3-4, Mars-Avril 1943, p. 57-73). — 35 cas de paralysie obstétricale ont été observés et suivis, soit chez des nouveau-nés, soit chez des nourrissons. Il s'agissait presque exclusivement de paralysies du type supérieur, type Duchenne-Erb, avec atteinte des muscles sus- et sous-épineux, biceps, brachial antérieur, long supinateur (C5-C6), avec association assez fréquente des radiaux et plus rarement des extenseurs des doigts (C-7). Exceptionnellement, il s'agissait de paralysies totales du plexus brachial. Aucune paralysie exclusive du type inférieur ne fut observée (C8-D1).

Dans tous les cas, sauf 2, la paralysie était unilatérale, sans prédominance apparente pour un côté. Dans tous les cas il y avait eu accouchement dystocique, qu'il s'agisse d'une présentation du siège avec traction sur le bras, ou d'une présentation du sommet avec traction sur la tête et le cou.

Les épreuves d'hypo- et d'hyperextensibilité, de passivité, de ballant, faites successivement pour les divers groupes musculaires, ont permis de montrer ceux qui étaient atteints et de mesurer le degré de leur atteinte.

La sensibilité semblait le plus souvent intacte. Pas de troubles sympathiques ni de troubles trophiques. A noter un léger refroidissement du côté paralysé, et d'adipose sous-cutanée. Le réflexe radio-bicipital est habituellement aboli, le réflexe tricipital conservé ou diminué, avec réflexe idio-musculaire lent au bout de quelques jours.

Ni œdème, ni empâtement, ni hématome de la région du creux sus-claviculaire.

L'évolution fut la suivante : Sur 18 cas de nourrissons, dont 16 ont été suivis, on note : 7 guérisons pratiques (44 pour 100), 9 ont conservé des séquelles plus ou moins importantes. Le pronostic fut toujours impossible au début.

Chez le grand enfant l'examen est plus aisé avec des arrêts de développement, des rétractions musculaires et des attitudes vicieuses dans le territoire des muscles intéressés. Les lésions osseuses sont visibles sur les radiographies. L'étude des synergies musculaires met en particulier en lumière les déficits fonctionnels.

Pour expliquer ces paralysies on a successivement invoqué le décollement des épiphyses, la distension articulaire avec subluxation humérale, hématome et gangue fibreuse consécutive. L'existence d'une lésion congénitale primitive est certainement exceptionnelle.

La théorie de la lésion nerveuse primitive des racines rachidiennes intéressant exclusivement les antérieures, soit extra-soit intra-rachidienne, avec rupture des racines ou simple hémorragie interstitielle est admise par tous actuellement. Le muscle sous-épineux reste toujours le plus atteint.

Les auteurs estiment qu'il n'y a aucun avantage et qu'il peut même y avoir danger à opérer ces paralysies obstétricales dans les premiers jours de la vie, d'autant que les régressions spontanées sont fréquentes. Le port d'un appareil ne semble guère efficace, et la gêne qu'il apporte semble non douteuse. Les massages et l'électricité sont seuls à conseiller.

A partir de l'âge de 6 à 7 ans l'existence d'un fonctionnement défectueux du membre peut justifier une intervention dont l'ostéotomie haute de dérotation de l'humérus semble la plus recommandable. Dans les cas particulièrement sévères une arthrodèse de l'épaule pourra y être associée.

H. Schaeffer.

REVUE D'ORTHOPÉDIE
(Paris)

René Fontaine et Emile Forster. *La sympathectomie lombaire basse associée à la section du nerf obturateur dans le traitement des paralysies spasmodiques du membre inférieur* (*Revue d'Orthopédie*, t. 29, nos 1-2, Janvier-Avril 1943, p. 35-45, 4 fig.). — Fontaine estime avec son maître Leriche que les opérations sympathiques sont légitimes dans certaines formes de paralysies spasmodiques si on limite ces opérations aux formes partielles, incomplètes, en excluant les formes athétosiques, en n'opérant que des sujets d'une intelligence suffisante pour pouvoir coopérer à la rééducation musculaire et enfin en combinant toujours le traitement neuro-chirurgical aux manœuvres orthopédiques.

Chez un enfant atteint d'hémiplégie spasmodique à la suite d'un accouchement au forceps et qui avait au membre inférieur des contractures intenses, intéressant à la fois les fléchisseurs de la cuisse et les adducteurs, F. et F. ont réalisé par une seule incision la sympathectomie lombaire basse et la section du nerf obturateur. Pour cette section, la voie sous-péritonéale est actuellement considérée comme la méthode de choix.

La première partie de l'opération consiste en une sympathec-

tomie lombaire basse par voie sous-péritonéale (incision rectiligne à direction oblique de 10 à 15 *cm.* qui part du bord externe du muscle grand droit à 2 ou 3 *cm.* environ au-dessus de l'arcade de Fallope, puis se dirige en haut et en dehors vers l'extrémité antérieure de la 11e côte pour finir à 3 ou 4 *cm.* au-dessous d'elle). On peut facilement enlever la chaîne sympathique lombaire avec les 3e et 4e ganglions lombaires.

La deuxième partie de l'opération est la section du nerf obturateur. On relève avec deux grands écarteurs toute la masse abdominale franchement vers le haut, de façon à dégager l'espace sous-péritonéal dans sa partie sus-crurale. On clive avec un tampon mouillé la face interne du pubis et on voit le nerf obturateur au-dessus de l'artère.

Les 2 cas ainsi opérés par F. et F. ont évolué très favorablement.

Les résultats auront besoin, de l'avis même de ces chirurgiens, d'être contrôlés à distance.

ALBERT MOUCHET.

ANNALS OF SURGERY
(Philadelphie)

I. H. Erb, E. M. Morgan et A. W. Farmer. ***L'anatomo-pathologie des brûlures*** (*Annals of Surgery*, Février 1943 [Trad. *in Renseignements scientifiques de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge*], n° 2, 1944). — E., M. et F. passent en revue les découvertes *post-mortem* dans 61 cas de brûlures ayant entraîné la mort. 41 de ces cas ont été traités par l'acide tannique, les 20 autres ne le furent pas. Les altérations les plus importantes, loin des régions brûlées, ont touché le foie, les reins, les voies gastro-intestinales, les surrénales; elles sont apparemment d'origine toxique, à laquelle s'associent souvent des infections diverses. Un ulcère duodénal fut observé 5 fois ; un des cas n'était pas « tanné ». L'œsophagite ou des ulcérations de l'œsophage furent observées dans 5 cas, tous tannés. Un ulcère gastrique précoce ou des hémorragies par suintement des muqueuses gastriques, sans ulcération, furent observés dans 3 cas. Une hémorragie surrénale se manifesta 4 fois, dont 3 chez des patients tannés. Des lésions rénales furent notées, avec précipité dans l'espace glomérulaire, ou dégénérescence tubulaire avec cylindres. La plupart de ces manifestations se sont présentées entre le 3e et le 5e jour. Des signes de restauration furent notés après le 8e jour. Hors des 41 cas du groupe tanné, 25, soit 61 pour 100, montrèrent de la nécrose du foie. La période de survivance la plus courte où la nécrose fut observée fut de 60 heures, la plus longue, de 19 jours ; parmi les 25 patients souffrant de nécrose hépatique, 1 mourut 60 heures après la brûlure; 17 des malades moururent dans un laps de 3 à 5 jours et 7 entre le 6e et le 19e jour. Le degré de nécrose fut gradué comme suit: + + + +, 9 cas ; + + +, 5 cas ; + +, 8 cas et +, 3 cas. Jusqu'au 5e jour, la mort fut attribuée à la toxémie ; à partir du 6e jour, la mort fut due, partiellement du moins, à une infection d'une sorte ou d'une autre. Des signes de réparation du foie furent notés dans chacun des 5 cas où la mort survint entre le 8e et le 19e jour. Des 27 cas tannés qui décédèrent entre le 3e et le 19e jour, 3 seulement ne montraient pas de nécrose du foie. Un de ces cas fut tanné 14 heures seulement avant la mort et, dans un autre cas, la région brûlée et tannée avait été extirpée le 3e jour dans l'espoir d'arrêter les progrès rapides de la toxémie. (Il s'agissait d'un enfant qui mourut de septicémie généralisée le 14e jour.) Aucun cas de nécrose du foie ne se manifesta dans le groupe des non-tannés, dont 7 moururent entre le 3e et le 14e jour, période durant laquelle la nécrose était le fait saillant dans le groupe des tannés. Des troubles du rein furent observés dans 19 cas, dont tous, sauf 1, appartenaient au groupe des tannés.

E., M. et F. signalent également que: 1° par suite de l'introduction de l'acide tannique en 1925, le taux de mortalité résultant de brûlures est tombé de 35,2 à 11,8 pour 100 avant l'usage des sulfonamidés et à 2,9 pour 100 depuis leur introduction, conjointement avec d'autres mesures; 2° également par suite de l'introduction de l'acide tannique, le moment où la mort survient habituellement a passé de la période précoce (entre la 12e et la 36e heure) à la période de la toxémie (3e au 6e jour), période durant laquelle la nécrose du foie est plus fréquemment observée; 3° les patients succombant à la nécrose du foie — à l'exception de ceux mourant d'infection — présentent, en général, les mêmes symptômes cliniques de toxémie que ceux qui n'ont pas de nécrose du foie, qui n'étaient pas tannés et qui moururent au cours de la même période ; 4° par conséquent, la nécrose du foie, quelle qu'en soit la cause, n'est pas nécessairement la cause de la mort, bien qu'elle constitue une complication grave ; 5° il a été prouvé que cette nécrose du foie est susceptible de guérir ; 6° la survivance durant 7 jours d'un patient avec brûlures à 40 pour 100, tanné dans les 6 heures, et montrant à l'autopsie un foie normal, peut guider les recherches vers un agent thérapeutique qui serait utilisé en combinaison avec l'acide tannique, dans lequel les avantages de l'acide tannique pourraient être conservés et, en même temps, par lequel le foie pourrait être protégé de la nécrose, que celle-ci soit le résultat de l'absorption d'une substance toxique de la peau brûlée, le résultat direct ou indirect de l'acide tannique, ou une combinaison des deux.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

G. Bauer (Mariestad, Suède). ***Etude veinographique des problèmes de thrombose embolisante*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **84**, suppl. 61, 1940). — L'étude radiographique des collecteurs veineux profonds de la jambe après opacification permet d'étudier sur une base nouvelle le problème de la thrombose et de l'embolie.

Après avoir donné une description détaillée de sa propre technique veinographique et de la topographie veineuse obtenue par cette méthode chez le sujet normal, B. étudie les radiogrammes obtenus en cas de thrombose récente ou ancienne.

Le point de départ du processus thrombosant se localise le plus souvent dans les collecteurs profonds de la jambe. La propagation s'effectue ensuite dans le sens du courant sanguin. Des caillots très allongés, pouvant mesurer jusqu'à 40 et 50 *cm.*, peuvent ainsi flotter librement dans la lumière de la veine fémorale. Lorsque le thrombus est libre, il ne se manifeste par aucun symptôme clinique; lorsqu'il touche et irrite la paroi veineuse, apparaissent la sensibilité à la palpation, le spasme vasculaire, l'enflure et la douleur spontanée.

La veinographie peut servir au diagnostic des cas où la thrombose est suspectée et permettre d'en fixer le point de départ et le niveau atteint. Dans les formes subaiguës, cette méthode permet d'écarter l'oblitération artérielle. Dans les cas chroniques, elle révèle souvent un thrombus à la base de certains troubles post-traumatiques, de certains états de spasmes vasculaires dont la nature était jusqu'ici restée obscure.

Au point de vue thérapeutique la veinographie a montré l'accélération de la circulation dans le décubitus dorsal avec élévation du pied. Elle a montré la valeur pour la thrombose du blocage de la chaîne des ganglions sympathiques lombaires, les avantages de la ligature de la veine fémorale et les indications et les effets du traitement par l'héparine.

ROBERT CLÉMENT.

J. Mahaux (Bruxelles). ***Le choc de sevrage thyroxinien des thyroïdectomisés*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **89**, fasc. 1, 30 Juin 1943, p. 17-27). — L'administration précoce et systématique de thyroxine aux hyperthyroïdiens ayant subi une thyroïdectomie subtotale permet d'éviter tout accident post-opératoire. Dès la salle d'opération on injecte, par voie intramusculaire, 2 à 4 mg. de thyroxine; ensuite il faut maintenir une certaine imprégnation, proportionnelle à la sécrétion de la glande réséquée par injections fractionnées toutes les 8 ou 6 heures pendant 3 à 4 jours. Ce traitement de sécurité ne dispense pas de la préparation pré-opératoire classique; grâce à lui la thyroïdectomie des basedowiens rentre dans le cadre d'une intervention chirurgicale banale.

Dans la suite il faut diminuer progressivement la thyroxine, ce qui évite toute réaction. Si le médicament est interrompu brusquement ce sevrage déclenche parfois un choc de sevrage thyroxinien, mais celui-ci est bénin parce qu'il est dissocié du choc opératoire.

Les constatations faites au cours de l'emploi systématique de la thyroxine après l'opération réfute la théorie de « l'hyperthyroïdie aiguë post-opératoire » des thyroïdectomisés. Elle montre l'intervention d'un facteur calorigène extra-thyroïdien, probablement hypophysaire lorsque cesse l'apport de thyroxine.

ROBERT CLÉMENT.

E. Bohn et G. Flyger (Stockholm). ***L'influence des injections locales de novocaïne sur la guérison des fractures*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **89**, fasc. 2-3, 30 Septembre 1943, p. 97-112). — B. et F. se sont livrés à des recherches expérimentales sur l'animal dans le but de préciser l'action des injections de novocaïne au niveau du foyer de fractures. Chez des rats adultes, sur lesquels on avait pratiqué des fractures du péroné, on a injecté 0,2 cm³ d'une solution de novocaïne à 1 pour 100 au niveau de la fracture et surveillé la guérison de celle-ci par des radiographies les 3e, 6e, 10e, 14e et 25e jours.

Avec les injections locales quotidiennes de novocaïne dans la fracture, la guérison semble avancer plus rapidement que chez les témoins. Dans tous les cas traités, la réorganisation complète du cal s'était produite en 25 jours, alors que chez les animaux témoins le cal à cette époque était encore spongieux et contient même, dans un certain nombre de cas, du tissu conjonctif.

Des radiographies après injection artérielle de substance opaque montrent que dans les fractures traitées par la novocaïne, l'hyperémie débute plus vite que chez les témoins. En 10 jours, le maximum d'hyperémie est atteint, tandis qu'il ne l'est qu'après 25 jours chez les animaux de contrôle. A cette date, les vaisseaux sont revenus à leur état normal autour des fractures traitées par la novocaïnisation.

Le danger d'infection ne paraît pas très grand et les doses injectées sont loin des doses toxiques.

ROBERT CLÉMENT.

G. Ulland (Sandness, Norvège). ***Étude de la perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum avec considérations spéciales quant au traitement par la résection*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, t. **89**, fasc. 2-3, 30 Septembre 1943, p. 195-227). — L'étude de 134 cas d'ulcères de l'estomac et du duodénum perforés, opérés à l'hôpital communal de Berger entre 1929 et 1942, montre que la résection primaire n'offre pas un plus grand risque immédiat de mort que les autres méthodes et les résultats éloignés sont bien meilleurs.

Les perforations se rencontrent avec une prédominance considérable dans les ulcères duodénaux des hommes jeunes, 6 pour 100 des malades n'avaient pas d'antécédents dyspeptiques; 75 pour 100 avaient des troubles gastriques depuis longtemps. Cependant le diagnostic d'ulcère n'avait été établi que dans 1/4 des cas et un petit nombre avait subi une cure diététique. Il y a donc peu de chances de diminuer la fréquence des perforations en élargissant l'indication opératoire des ulcères chroniques.

Pour le diagnostic de perforations ouvertes, la démonstration radiologique d'un pneumopéritoine a une grande importance.

L'anesthésie rachidienne à la percaïne a été la méthode de choix; pas de lavages de la cavité péritonéale; drainage exceptionnel.

La résection primaire a été faite 57 fois avec 2 morts; soit 3,5 pour 100, 1 par pneumonie caséeuse, l'autre par disjonction du moignon duodénal et péritonite diffuse. La résection a été exécutée avec résultat favorable 3 fois chez des sujets au-dessus de 50 ans et 3 fois plus de 12 heures après la perforation.

55 fois, on a pratiqué la suture avec gastro-entérostomie et 22 fois la suture simple. La mortalité dans le premier cas a été de 10,9 pour 100 et dans le deuxième de 31,8 pour 100. L'analyse des décès montre qu'aucun d'eux n'aurait pu être évités par une autre méthode de traitement.

Les suites opératoires ont été plus simples, la durée de l'alitement et de l'hospitalisation plus courte après la résection primaire qu'après les interventions palliatives. Les résultats à distance n'ont pas été satisfaisants dans 12 pour 100 des résections, 56 pour 100 des sutures avec gastro-entérostomie et 79 pour 100 des simples sutures. Chez 21 pour 100 des malades traités par la suture avec gastro-entérostomie, on a trouvé des signes d'ulcères persistants et chez 21 pour 100 des symptômes d'ulcère gastro-jéjunal. Les résultats sont d'autant plus mauvais que le malade est plus jeune.

Toutes les fois que les circonstances, l'état du malade et les facteurs anatomiques le permettent, il est préférable d'opposer à la perforation de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, la résection primaire plutôt qu'une opération palliative. L'âge avancé du malade et le long intervalle écoulé ne sont même pas des contre-indications à cette opération.

ROBERT CLÉMENT.

L. Agelstam (Helsinki). ***Sur la valeur de la détermination de l'acide citrique sur le sérum sanguin pour le diagnostic différentiel des maladies du foie et des voies biliaires*** (*Acta chirurgica Scandinavica*, t. **90**, fasc. 1, 29 Avril 1944, p. 37-39). — Le dosage de l'acide citrique dans le sérum prélevé à jeun et par voie veineuse, par la méthode enzymatochimique de Thumberg, a donné un écart moyen de 3,78 pour 100 pour deux recherches sur le même échantillon. Chez 20 sujets bien portants les chiffres d'acide citrique du sérum ont été de 19,5 γ à 28,8 γ (en moyenne 24,35 γ). Le chiffre de 28 γ est considéré comme la limite supérieure des chiffres normaux.

L'épreuve a été pratiquée 186 fois chez 98 malades.

Dans les hépatites catarrhales (29 cas), l'épreuve était normale dans 3 cas d'hépatite très légère et 3 fois pendant la convalescence d'hépatite plus sérieuse. Dans tous les autres cas, les chiffres étaient augmentés. 3 malades qui moururent d'hépatite et 3 autres où l'autopsie révéla une atrophie aiguë du foie, avaient un taux d'acide citrique sanguin élevé dans toutes les épreuves.

Dans tous les cas où l'on a fait la recherche parallèle des épreuves de la galactose, de l'adrénaline et de Takata, la recherche du taux de l'acide citrique sérique se montra deux fois plus sensible que les réactions de la galactose et de Takata et aussi sensible que celle de l'adrénaline.

Dans 15 cas de sténose du cholédoque, 8 par obstruction calculeuse et 7 par compression, tumorale ou autre, on fit 27 réactions de Thumberg, un seul sujet avec obstruction calculeuse présenta une légère augmentation du taux de l'acide citrique du sérum, les autres avaient des chiffres au-dessous de 28 γ.

Sur 44 épreuves chez 37 malades atteints de cholécystopathies, 32 furent normales, 12 montraient un taux élevé qui pouvait dans beaucoup de ces cas être attribué à des affections surajoutées des vaisseaux, du cœur, des reins ou à une légère hépatite secondaire.

Le titrage de l'acide citrique dans le sérum sanguin est une méthode sensible pour apprécier un trouble de la fonction hépatique. On peut lui attribuer une grande valeur pour le diagnostic différentiel entre les hépatites et les ictères par obstruction des voies biliaires.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Poul Marcussen. ***Inflammation cutanée des commissures labiales (perlèche) comme signe d'affections locales ou générales*** (*Acta dermato-venereologica*, vol. **24**, fasc. 2, Juin 1943, p. 83-112). — Sur 8.000 malades fréquentant la clinique dermatologique de l'Institut Finsen, M. constata 100 cas de perlèche.

29 cas de perlèche furent observés au cours d'affections cutanées : 15 accompagnaient le prurigo de Besnier ; la lésion était sèche avec quelques fissures radiales commissurales. 14 autres cas coexistaient avec d'autres dermatoses : pityriasis simple, eczéma, folliculite de la barbe, impétigo.

Un 2e groupe de 46 cas de perlèche accompagnait des affections de la bouche ; dans 3 cas, il s'agissait de lésions muqueuses locales (xérostomie, glossite hypertrophique et glossite syphilitique tertiaire) ; dans 43 cas, on notait des anomalies de la bouche (prognatisme, anomalies dentaires) ; les fissures commissurales avaient alors une direction oblique.

Un 3e groupe de 25 cas de perlèche fut observé au cours d'affections générales ; dans 4 cas, il s'agissait d'affections graves (anémie pernicieuse, anémie hypochrome, avec sidéropénie, diabète sucré, hypertension artérielle) ; 21 malades étaient atteints de syndrome achylique, dont 4 avec syndrome de Plummer-Vinson et 4 avec sidéropénie ; la perlèche paraissait plus macérée dans ces cas.

Le traitement consista surtout en injections de riboflavine et autres préparations de vitamine B_2, ainsi qu'en lactate de fer, dans les cas associés à la sidéropénie. Les résultats furent favorables.

Un grand nombre de malades atteints de perlèche avaient une mauvaise dentition.

Au point de vue étiologique, on a trouvé dans les lésions soit des levures et du mycélium, soit des bactéries qui ne paraissent avoir une grande signification.

R. BURNIER.

Rokstad (d'Oslo). ***Eruption cutanée causée par des acariens existant sur les feuilles de figue et de tabac*** (*Acta dermato-venereologica*, vol. **24**, fasc. 2, Juin 1943, p. 113-129). — On connaît les éruptions prurigineuses causées par certains acariens vivant dans les farines, les graminées, comme *Tyroglyplus siro, T. farinæ, Pediculoïdes ventricosus*.

R. décrit 2 épidémies chez des individus travaillant les uns dans une fabrique alimentaire, les autres dans une manufacture de tabac. Dans le 1er cas, 8 femmes sur 23 manipulant des figues furent atteintes ; dans le 2e cas, 12 femmes sur 19 manipulant des feuilles de tabac présentèrent un érythème très prurigineux, avec parfois éléments papuleux, sur les parties découvertes. Figues et tabac étaient infestés par un acarien, *Carpoglyphus passulorum*. Les tests cutanés obtenus avec ces acariens furent positifs.

R. BURNIER.

Bfväerstedt (Stockholm). ***La lymphadénose bénigne de la peau*** (*Acta dermato-venereologica*, vol. **24**, suppl. 11, 1943, p. 1-202). — B. rapporte 41 observations de lymphadénose bénigne de la peau, groupe de tumeurs cutanées et sous-cutanées, formées de tissu lymphoréticulé et à évolution bénigne.

Ces tumeurs ont reçu, suivant les auteurs, des noms variés; on peut les ramener à deux groupes: les *sarcoïdes de Spiegler-Fendt*, groupe hétérogène qui a été séparé des sarcomes et qui englobe des lésions disparates, comme la sarcomatose de Kaposi, les sarcoïdes de Darier-Roussy ; les *lymphocytomes*, séparés du groupe des leucémies.

Le type clinique et anatomo-pathologique décrit par B. sous le nom de *lymphadenosis benigna cutis* s'observe à tout âge, surtout chez la femme. Il s'agit de tumeurs indolentes situées dans le derme et les parties avoisinantes de l'hypoderme; on note souvent une infiltration rouge bleuâtre, localisée aux follicules pileux, d'un aspect parfois lupoïde et formant soit des tumeurs grosses comme le poing, soit des plaques larges comme une paume de main. Ces lésions peuvent disparaître spontanément en laissant des cicatrices atrophiques; en principe elles ne s'ulcèrent ni ne se nécrosent.

Ces tumeurs sont parfois solitaires ou groupées par régions ; elles sont petites, superficielles, localisées à la face, au lobe de l'oreille, le sein, le scrotum ; elles s'observent chez l'enfant comme chez l'adulte. Dans d'autres cas, surtout chez le vieillard, les tumeurs sont multiples, volumineuses, profondes, siégeant en diverses régions, sans lieu de prédilection.

Histologiquement, tumeurs et infiltrats sont constitués par des cellules réticulaires et des lymphocytes, qui avec un tissu réticulé rare et à fils argentophiles forment un réseau lymphoréticulé; parfois on note des éléments cellulaires pathologiques avec noyaux polymorphes.

L'évolution est bénigne. On peut parfois trouver des tumeurs en dehors de la peau, comme l'orbite, les glandes salivaires, surtout la parotide, la thyroïde. Les systèmes hématopoïétique et lymphatique ne sont pas touchés; on peut trouver quelques adénites cliniquement et histologiquement banales.

L'étiologie est inconnue ; l'inoculation aux animaux a été négative.

Le diagnostic doit être basé sur l'examen histologique et

autant que possible sur l'examen de la moelle osseuse et du sang.

Les lésions se différencient facilement de la lymphadénose aleucémique ou leucémique, à localisation faciale symétrique, grâce à l'histologie. Les sarcoïdes de Bœck, le lupus érythémateux tumidus, le sarcome à cellules rondes ou polymorphes seront facilement reconnus.

L'extirpation chirurgicale des tumeurs est parfois suivie de récidives; les lésions disparaissent rapidement après la radiothérapie, mais les récidives peuvent s'observer surtout dans la forme disséminée; l'arsenic a aussi été préconisé.

Le pronostic est bon *quoad vitam*; les formes solitaires ou bien limitées sont plus favorables que les formes disséminées.

R. Burnier.

J. Knap (Oslo). ***Nouvel examen de 63 cas d'érythème induré de Bazin*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 24, fasc. 6, Mars 1944, p. 457-471). — K. a pu examiner à nouveau 63 malades (dont 62 femmes) sur 87 cas traités pour érythème induré, de 1930 à 1941. Le nombre global des tuberculides traitées dans ce même temps s'élevait à 371 et celui des tuberculoses cutanées à 415; 12 de ces malades, soit près de 1/5, avaient en même temps des tuberculides papulo-nécrotiques. Chez 10 malades, les lésions ne s'ulcérent jamais; chez les 53 autres (84 pour 100), on nota le type d'Hutchinson.

Les réactions de Pirquet et Mantoux furent positives chez tous les malades. La biopsie montra dans 70 pour 100 des cas le tableau caractéristique de l'érythème induré; dans les autres cas, le diagnostic était douteux (inflammation chronique, non spécifique.)

La radiographie pulmonaire à l'admission montra chez 38 malades (60 pour 100) des signes de tuberculose pleuro-pulmonaire, habituellement bénigne; 25 (40 pour 100) n'avaient aucun signe.

La durée moyenne de l'affection avant l'hospitalisation avait été de 3 ans et demi.

La culture et l'inoculation n'ont jamais décelé de bacilles tuberculeux humain, bovin ou aviaire.

Parmi les malades réexaminés en 1943, au bout d'un temps moyen de 6 années, aucun n'était mort de tuberculose pulmonaire, 2 étaient morts d'affection non tuberculeuse, 18 étaient guéris, 29 avaient eu des rechutes d'érythème induré, 3 avaient des lésions pulmonaires.

La radiographie pulmonaire de contrôle en 1943 donna les résultats suivants : sur 24 malades qui, à l'admission, avaient des signes pulmonaires visibles, 20 avaient encore ses signes, 4 n'en avaient plus. Sur 16 malades qui à l'admission n'avaient aucun signe, 11 restaient négatifs, 5 étaient devenus positifs.

Parmi les membres de la famille des malades examinés, on constata 3 morts : 2 par tuberculose pulmonaire, 1 par tuberculose péritonéale, et 6 affections tuberculeuses : 1 tuberculose pulmonaire, 4 érythèmes indurés et 1 sarcoïde de Bœck.

On peut conclure de ces données que le pronostic de l'érythème induré est favorable, que l'affection peut récidiver, mais aussi guérir complètement; une tuberculose grave peut parfois survenir.

R. Burnier.

Marcussen (Copenhague). ***Traitement des parapsoriasis par les rayons Bucky*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 24, fasc. 6, Mars 1944, p. 472-480). — Le groupe de ces affections érythémato-squameuses, décrit par Brocq sous le nom de *parapsoriasis* et par *Juliusberg* sous celui de *pityriasis lichenoïdes chronica*, est particulièrement rebelle à tout traitement.

M. rapporte un résultat favorable dans 2 cas traités par les rayons-limite de Bucky; l'effet ne se produit qu'après apparition d'érythème et d'exfoliation; la peau est restée complètement lisse et aucune récidive ne s'est produite au bout de 12 à 9 mois. La dose appropriée semble être de 800 r., 10 K. V., 10 m. A., répartie en 2 applications à 8 jours d'intervalle.

R. Burnier.

Marcussen (Copenhague). ***Indications pour le traitement de la gonorrhée avec le sulfathiazol et le choc thermique, élucidées par la chimio-résistance et la gono-réaction*** (*Acta dermato-venereologica*, t. 25, fasc. 1, Juin 1944, p. 77-85). — Le traitement schématique employé par M. est le suivant : 12 g. de sulfathiazol en 48 heures; en cas de rechute, 24 g. de sulfathiazol en 72 heures. En cas d'échec, le cas est considéré comme résistant et le malade est hospitalisé; il reçoit un traitement mixte sulfathiazol-choc thermique. Les malades sont examinés au point de vue de la culture du gonocoque, de la chimio-résistance et de la gono-réaction.

411 blennorragiques ont été ainsi traités : 259 (63 pour 100) ont été guéris en 48 heures avec une dose de 12 g. de sulfathiazol (152 échecs), 65 des malades résistants (15,8 pour 100) ont reçu 24 g. de sulfathiazol en 72 heures et ont guéri, 87 (21,2 pour 100) n'ont pas guéri; ces 87 reçurent le traitement mixte : 85 (20,7 pour 100) guérirent, 2 résistèrent (0,5 pour 100).

Il résulte des recherches de M. que les malades infectés par des races très chimio-résistantes (2 et 3 de la table de Schmidt et Reymann) ont une faible chance de guérison (moins de 50 pour 100). De même, le pronostic de la blennorragie chez l'homme est moins favorable si la gono-réaction est positive. Le traitement mixte : sulfathiazol-choc thermique semble donc réservé à ces cas. Par contre, chez la femme, le pronostic est plus favorable et on peut se contenter du sulfathiazol à doses élevées.

R. Burnier.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

A. Schrumpf (Porsgrünn, Norvège). ***Un cas d'hyperparathyroïdie*** (*Acta Medica Scandinavica*, t. 115, fasc. 3, 1943, p. 119-218). — Chez un homme de 60 ans présentant depuis 3 ans des douleurs allant en progressant dans les membres et de l'impotence fonctionnelle, la radiographie montra des lésions osseuses de décalcification, de raréfaction surtout au niveau des épiphyses, au niveau du fémur, de l'humérus, du cubitus et du tibia. Ces images rappelaient beaucoup l'ostéofibrose kystique de Recklinghausen. Il existait à la partie inférieure du cou une petite tumeur disparaissant sous le bord du sterno-cléido-mastoïdien. L'examen histologique après extirpation montra qu'il s'agissait d'un adénome parathyroïdien avec cellules légèrement atypiques.

Le taux élevé du calcium sanguin et du calcium urinaire, l'augmentation des phosphatases sanguines (11,6 unités Bodanski) correspondaient bien aux lésions squelettiques et ont fait porter le diagnostic d'hyperparathyroïdie.

Mais cet homme présentait une polyurie abondante (2 lit. 2 à 2 lit. 8) avec densité faible et diminution du pouvoir de concentration urinaire, traces d'albuminurie, taux élevé de l'urée dans le sang (0,75 à 0,52), témoignant d'un important déficit rénal. Un certain degré d'acidose mis en évidence par une diminution marquée de la réserve alcaline peut également être considéré comme une acidose rénale. Il n'y avait pas de lithiase rénale apparente.

Cette intéressante observation soulève le problème des rapports qui peuvent exister entre les altérations rénales, l'adénome parathyroïdien et la décalcification des os. On peut se demander quel est le point de départ du syndrome et si l'adénome parathyroïdien est la lésion primitive et causale ou s'il est secondaire à d'importants troubles du métabolisme calcique d'origine rénale.

Robert Clément.

Jorgen Pedersen (Copenhague). ***Deux cas de « calcinose »*** (*Acta medica Scandinavica*, vol. 113, fasc. 5, Avril 1943, p. 375-394, avec 5 fig.). — J. P. rapporte un cas de calcinose généralisée survenu chez un homme de 48 ans, avec diathèse urique et hypogonadisme et un cas de calcinose localisée aux mains, observé chez une femme de 62 ans.

Il fait une étude assez complète de cette affection dont quelques rares cas ont été publiés en France.

Métivet.

P. Natvig, O. Romcke et O. Svaar-Seljesaeter (Drämmen) ***Résultats du traitement médical des ulcères gastriques ou duodénaux*** (*Acta medica Scandinavica*, vol. 113, fasc. 5, Avril 1943, p. 444-459). — De cet intéressant travail on peut tirer les conclusions suivantes :

1° 1/10 des malades soignés dans le service de N., R. et S.-S. étaient atteints d'ulcère gastrique ou duodénal. Cela signe la fréquence des ulcères gastro-duodénaux dans les pays scandinaves.

2° On note 3 ulcères gastriques pour 5 ulcères duodénaux.

3° L'ulcère gastrique a son maximum de fréquence entre 40 et 50 ans; l'ulcère duodénal a son maximum de fréquence entre 30 et 40 ans.

4° L'ulcère gastrique est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme (81 hommes, 71 femmes); l'ulcère duodénal est 3 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme (170 hommes, 60 femmes).

5° Le traitement a consisté en : repos absolu au lit; régime exclusivement lacté (avec crème de lait) pendant 4 semaines (6 semaines dans les cas graves); dans quelques cas, alcalins et compresses chaudes sur l'épigastre. Après la sortie de l'hôpital le malade doit se reposer pendant 15 jours et suivre un régime sévère pendant 6 mois.

6° Des 387 malades traités de 1935 à 1938, 382 furent réexaminés 3 ans après leur sortie de l'hôpital. (N., R. et S.-S. se sont fixés ce délai de 3 ans parce que Age Nilsen avait établi que 90 pour 100 des rechutes se produisaient dans un délai de 2 ans 1/2 après la crise. N., R. et S.-S. pensent d'ailleurs, actuellement, que les rechutes tardives ne sont pas si rares).

7° Sur ces 382 malades on note 152 cas d'ulcère gastrique : 67 (soit 44 pour 100) n'ont pas présenté de rechute dans les 3 ans; et 230 cas d'ulcère duodénal : 79 (soit 34 pour 100) n'ont présenté aucun trouble pendant la même période. Absence de rechute veut dire : travail normal, absence de régime alimentaire, absence de troubles dyspeptiques.

8° Parmi les malades soignés moins de 5 ans après les premiers troubles dyspeptiques, 50 pour 100 des ulcéreux gastriques et 40 pour 100 des ulcéreux duodénaux n'ont pas présenté de rechute dans les 3 ans. Parmi ceux soignés plus de 5 ans après le début des accidents digestifs, 1/4 seulement sont restés sans récidive. Un traitement médical institué tardivement n'a pas de grandes chances de guérir le malade.

9° 3 pour 100 des ulcéreux gastriques, 10 pour 100 des ulcéreux duodénaux présentèrent des signes d'hémorragie. Chez 6 pour 100 des ulcéreux gastriques et chez 1,5 pour 100 des ulcéreux duodénaux se produisirent des perforations.

10° Parmi les malades ayant présenté une rechute dans les 3 ans : 73 furent opérés (26 pour ulcère gastrique et 47 pour ulcère duodénal) et 56 furent soumis à nouveau au traitement médical (26 ulcéreux gastriques et 30 ulcéreux duodénaux). Les résultats définitifs après un deuxième traitement médical sont moins bons encore qu'après le premier traitement.

11° Le genre de travail exécuté par le malade ne paraît pas avoir d'influence sur la fréquence des rechutes.

12° 329, parmi les 382 malades revus, furent examinés aux rayons X. 44 pour 100 d'entre eux ne présentaient plus de niche, tandis que 38 pour 100 seulement étaient restés sans aucun trouble pendant 3 ans.

Parmi les ulcéreux gastriques ne présentant plus de niche au moment de l'examen de contrôle, 22 avaient présenté autrefois un large ulcère, 19 d'entre eux étaient restés sans trouble; 21 avaient présenté un petit ulcère, la moitié d'entre eux avaient présenté des troubles. Un ulcère large (d'un diamètre supérieur à 1 cm.) est suivi deux fois plus souvent de guérison qu'un ulcère petit.

Parmi les ulcéreux duodénaux 115 revinrent avec une niche (104 avaient présenté des troubles dyspeptiques); 92 revinrent sans niche; 45 d'entre eux avaient souffert pendant la période de 3 ans.

13° La constatation de la disparition de l'ulcère à la sortie de l'hôpital n'est pas un facteur important de non-récidive.

En résumé : le traitement médical doit toujours être essayé. Les chances de guérison par ce simple traitement sont d'autant plus grandes que le malade est soigné plus précocement. Elles sont plus grandes en cas de large ulcère gastrique qu'en cas de petit ulcère gastrique ou d'ulcère duodénal. Pour ces deux dernières variétés d'ulcère, le traitement chirurgical devra être envisagé si une récidive se produit. Le facteur social devra, naturellement, être pris en considération dans le choix du traitement.

Métivet.

M. Virkkunen (Helsinki). ***Recherches sur l'influence de l'amygdalite et de l'amygdalectomie sur le myélogramme sternal et sur l'hémogramme*** (*Acta Medica Scandinavica*, suppl. 146, 1943, p. 157). — V. a étudié parallèlement le myélogramme sternal et l'hémogramme avant et après amygdalectomie dans des cas d'angine agranulocytaire et d'amygdalite aiguë et chronique, 20 sujets sains servant de témoins.

Dans 6 cas d'*angine agranulocytaire* il a pu observer l'effet de l'amygdalectomie faite en pleine maladie. Un des malades, chez lequel myélogramme et hémogramme montraient une aplasie myéloïde intense, succomba, l'état septique antérieur restant inchangé 24 heures après l'opération faite 8 jours après le début de la maladie; une pneumonie fut trouvée à l'autopsie. Dans un autre cas opéré 6 jours après le début les signes hématologiques graves disparurent tout d'abord, mais récidivèrent bientôt. Mort 11 jours après l'intervention avec pneumonie et médiastinite consécutive à une fistule œsophagienne. Les 4 autres patients, dont 2 avaient eu une crise sanguine grave et 2 une crise légère, guérirent rapidement après l'opération faite de 3 à 12 jours après le début. Les malades reçurent en outre de l'extrait de foie et des sulfamides. L'amélioration hématologique se produisit en 2 à 5 jours, donc plus vite qu'avec le traitement conservateur. Les plaies opératoires guérirent normalement. A en juger d'après les rapides modifications sanguines et la prompte défervescence, la rémission fut hâtée par l'intervention. On peut se rendre compte de son mode d'action si l'on met en parallèle l'influence de l'amygdalectomie sur la moelle osseuse et le sang dans les amygdalites aiguës banales. Son action consiste accessoirement en une excitation non-spécifique et, principalement, en une action spécifique qui a pour conséquence la suppression de l'état de crise résultant de la disparition du foyer infectieux. L'amygdalectomie est indiquée dans les angines agranulocytaires où il n'existe pas d'autres foyers infectieux que l'amygdale et quand le myélogramme montre qu'une régénération sanguine est possible. Dans les cas qui ont guéri intervenaient, en dehors des causes infectieuses et toxiques, des facteurs constitutionnels et médicamenteux (pyramidon, arsénobenzol). Aussi V. croit-il que l'amygdalectomie peut se montrer utile également dans les cas d'agranulocytose où l'amygdalite est secondaire. Elle doit être soutenue par un traitement stimulant l'hématopoïèse et, éventuellement, par les sulfamides.

V. a étudié dans 6 cas l'influence sur l'hématopoïèse de l'*amygdalite aiguë* et de l'amygdalectomie exécutée au cours de celle-ci. Avant l'opération le myélogramme décelait une hyperplasie myéloïde, une déviation à gauche des cellules myéloïdes et une augmentation des réticulocytes, bref des modifications rencontrées dans les infections aiguës. Mais les lymphocytes étaient plus nombreux que dans celles-ci. Aussi V. pense-t-il qu'il ne s'agissait pas d'une infection aiguë simple, mais du stade aigu d'une infection chronique des amygdales. Dans l'hémogramme on constatait une leucocytose neutrophile, associée à une légère déviation à gauche. Dans les premiers jours consécutifs à l'opération, la réaction infectieuse de la moelle s'accentua ainsi que la déviation à gauche dans le sang. Les modifications de l'hémogramme disparurent après l'intervention, mais moins vite que la fièvre. Le myélogramme se transforma plus lentement.

Chez 45 malades atteints d'*amygdalite chronique* le myélogramme et l'hémogramme furent étudiés avant l'amygdalectomie, quelques jours après et au bout de 6 mois. 25 présentaient des douleurs rhumatoïdes et 14 une affection concomitante : polyarthrite, néphrite, etc. Avant l'amygdalectomie, le myélogramme montrait, tant chez les uns que chez les autres, des chiffres normaux de leucocytes et d'érythroblastes, une diminution des neutrophiles, une légère augmentation des prototypes myéloïdes et des lymphocytes. Les cellules de la série rouge présentaient un taux de macroblastes un peu fort avec des mitoses diminuées en nombre. L'hémogramme montrait une quantité d'hémoglobine un peu diminuée, un chiffre normal de leucocytes avec légère déviation à gauche et une tendance à la monocytose; pas d'augmentation des lymphocytes. On trouvait une vitesse de sédimentation un peu accrue, surtout chez les sujets atteints de maladie concomitante.

Dans les jours suivant l'amygdalectomie, on ne nota pas de réaction nette de la moelle, à part une faible élévation de l'indice érythroblasto-leucocytaire, indiquant une hyperplasie myéloïde. L'hémogramme montrait, 2 jours après l'opération, une augmentation de la leucocytose, des neutrophiles et de la déviation à gauche, une lymphopénie relative, mais non absolue. L'accroissement de la vitesse de sédimentation dura 10 jours.

6 mois après, on retrouvait les mêmes modifications chez les patients présentant encore des signes d'infection; ils avaient disparu ou avaient persisté en partie chez ceux qui n'avaient plus de symptômes. Ni dans la moelle, ni dans le sang on ne notait de déviation à gauche et le taux antérieur assez élevé des monocytes du sang était retombé à la normale. La sédimentation était aussi redevenue normale. La concordance complète entre les constatations cliniques et hématologiques prouve que les modifications de la leucopoïèse et des vitesses de sédimentation traduisent une réaction déclenchée par l'amygdalite chronique et donnent un appui objectif à la théorie de l'infection focale.

La tendance à un taux inférieur d'hémoglobine sanguine et à une lymphocytose médullaire chez les patients ne présentant pas de symptômes se manifestait lors des 2 examens. Le niveau peu élevé de l'hémoglobine, rapproché des légères modifications du chiffre des cellules rouges de la moelle, indique une fonction érythropoïétique qui demeure torpide. L'élévation à peu près constante du taux moyen des lymphocytes de la moelle lors des différents examens est l'expression d'une véritable lymphocytose médullaire corrélative d'une modification métaplasique de la moelle, tenant peut-être à un état de réaction du patient modifié dans le sens allergique, à l'origine duquel se trouverait une amygdalite récidivante.

V. a essayé de savoir si la quantité plus grande de lymphocytes médullaires influait sur la fonction de la moelle. Il a vu que dans le groupe de patients ayant un taux de lymphocytes nettement accru, la quantité des cellules myéloïdes et des cellules de la série rouge était diminuée dans la moelle et que le chiffre des leucocytes du sang était inférieur de 1.000 à celui des autres patients. L'épreuve de surcharge que représenta l'amygdalectomie détermina chez le premier groupe une augmentation aussi grande du chiffre des leucocytes que chez le second. Par contre, chez les sujets présentant de la lymphocytose survint une déviation nette à gauche qui fit défaut chez les autres patients. L'état d'équilibre de la moelle était donc plus labile chez les premiers que chez les seconds.

P.-L. Marie.

M. Bjorneboe. ***Révision de 79 patients atteints de goitre exophtalmique et traités par la radiothérapie de 8 à 18 ans après la fin du traitement*** (*Acta medica Scandinavica*, t. 117, n° 1, 17 Avril 1944, p. 15-23). B. a pu suivre 79 malades atteints de goitre exophtalmique traités par la radiothérapie, jusqu'à 8 à 18 ans après leur cure et obtenir des renseignements sur tous; on mesura le métabolisme de base chez presque tous les survivants.

De ces 79 patients 8 durent subir une thyroïdectomie de 2 à 7 ans après la radiothérapie, ce qui laisse 71 patients traités seulement par ce procédé. Parmi ceux-ci,12 sont morts : 2 de crise thyrotoxique, 4 d'insuffisance cardiaque, 1 d'hyperthyroïdie associée au diabète, et 5 d'affections intercurrentes sans rapport avec la maladie thyroïdienne. Parmi les 59 survivants, 44 étaient dans un état satisfaisant au moment de la révision et 15 continuaient à être malades : 34 pour 100 avaient encore de l'exophtalmie (au lieu de 60 p. 100 à l'entrée), 7 pour 100 de l'hypertrophie de la thyroïde (au lieu de 84 pour 100 à l'entrée). Parmi les malades, 3 souffraient d'insuffisance cardiaque, 8 de rechutes de basedowisme et 1 de myxœdème.

En somme, les 2/3 des malades guérirent avec la radiothérapie, ce qui s'accorde avec les résultats de Means et Holmes. Cependant l'avantage reste nettement à l'opération qui donne un pourcentage de succès plus grand (97 pour 100 obtenus en moins d'un an).

P.-L. Marie.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Lausanne)

R. Weyeneth et G. Chanal. *La thyroïdose lymphadénoïde dans le canton de Genève. (Thyroïdite lymphadénoïde ou goitre de Hashimoto* (*Revue médicale de la Suisse Romande*, t. 63, n° 9, 25 Septembre 1943, p. 681-728). — Chez 8 femmes âgées de 17 à 42 ans la thyroïdectomie a montré un aspect pathologique assez particulier. Macroscopiquement : tissu mou parsemé d'îlots blanchâtres rappelant les ganglions lymphatiques. Microscopiquement : infiltration lymphocytaire touffue qui submerge littéralement les éléments glandulaires et se condense en nombreux îlots lymphoïdes, avec ou sans centres germinatifs riches en mitose. Les vésicules thyroïdiennes submergées par cette infiltration présentent des signes de dégénérescence grave : tuméfaction cellulaire, éosinophilie, gonflement et pycnose des noyaux. Ces derniers peuvent devenir gigantesques. Dans certaines zones ce processus fait place à une sclérose dense qui remplace finalement le tissu thyroïdien.

L'affection semble particulière aux femmes, en général entre 34 et 40 ans (âge extrême 17 et 75 ans). Elles sont souvent porteuses d'un goitre depuis plusieurs mois ou années. La symptomatologie consiste en dyspnée correspondant à une augmentation progressive de la circonférence du cou, signes d'hyperfonction thyroïdienne (4 cas) ou d'hypothyroïdie (2 cas) ; symptômes de dystonie neuro-végétative. Pas de dysphagie, tension normale.

Le processus pathologique est la substitution au tissu thyroïdien de tissu lymphoïde.

Il ne s'agit pas d'un processus inflammatoire mais d'un trouble de métabolisme caractérisé par une dégénérescence épithéliale. C'est pourquoi W. et C. proposent l'appellation de « thyroïdose lymphadénoïde » pour désigner le goitre de Hashimoto.

Cette affection forme une entité morbide qui doit être séparée de la thyroïdite de Riedel et du Basedow vrai. L'étiologie est encore mal connue, il faut penser avant tout à des facteurs diététiques et à des perturbations endocriniennes.

La thyroïdose lymphadénoïde ou goitre de Hashimoto évolue souvent vers le myxœdème; l'intervention chirurgicale doit donc être aussi conservatrice que possible.

Robert Clément.

M.-P. Marcel. *L'ictus carotidien* (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. 64, n° 3, 25 Mars 1944, p. 187-209. — Le sinus carotidien qui à l'état normal par un mécanisme subtil tend à maintenir la tension artérielle devient parfois hyperexcitable et répond alors aux incitations externes et internes par un ralentissement considérable du cœur et une vaso-dilatation exagérée. Sous cette double influence, la tension artérielle tombe brutalement pour remonter quand l'excitation cesse. De régulateur, le système carotidien est devenu perturbateur de la circulation artérielle et veineuse.

2 observations démontrent et 4 autres laissent au moins soupçonner le rôle de ce facteur dans le déclenchement de troubles circulatoires segmentaires de l'encéphale.

Une excitation du sinus carotidien, probablement par un déplacement latéral exagéré ou brusque de la tête, a provoqué chez un homme de 57 ans une perte de connaissance de plusieurs heures, chez un autre de 67 ans, une parésie transitoire des membres supérieurs. Le phénomène a, dans les deux cas, pu être reproduit par la compression expérimentale prudente du sinus carotidien.

Le nom d'ictus carotidien convient bien à ces accidents; il a non seulement une valeur pathogénique, mais il marque aussi les dangers d'une excitation intempestive de la région carotidienne et indique les voies sur lesquelles doit s'engager la thérapeutique.

Outre le repos et les règles générales d'hygiène, on peut agir sur le facteur carotidien par des moyens médicaux; l'atropine est le médicament qui convient si l'on veut atténuer l'effet cardio-inhibiteur du sinus. Certains malades supportent très bien ce remède et son action est efficace; pour d'autres, il est insupportable. Lorsque l'hypotension domine la scène, l'adrénaline, l'éphédrine ou le sulfate de benzédrile sont indiqués.

En tenant compte de la gravité de la maladie, l'ictus carotidien peut être une indication à intervenir chirurgicalement. L'énervation de la fourche carotidienne, avec section du nerf de Hering et ablation du corpuscule, n'est pas une opération très dangereuse.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

C. Henschen (Bâle). *Granulome éosinophile des os* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. 73, n° 15, 10 Avril 1943, p. 451-455). — H. donne l'observation d'un homme de 24 ans dont la denture est normale et qui présente à l'angle gauche de la mâchoire une tuméfaction à peine mobile sur l'os, peu sensible à la pression et recouverte par une peau normale. A une première intervention qui permet d'enlever au ciseau une masse mesurant 6 × 3 × 1 *cm*. en succède une seconde au cours de laquelle on dut enlever une partie du maxillaire. L'examen microscopique des pièces montra qu'il s'agissait de tumeur maxillaire inflammatoire constituée par des lymphocytes, de nombreuses cellules éosinophiles, des plasmazellen, des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Ces dernières étaient particulièrement abondantes autour d'un « corps étranger » pouvant être considéré comme une dent rudimentaire ou comme un germe dentaire anormal.

H. fait remarquer que ces tumeurs entraînent des troubles presque exclusivement locaux et intéressent surtout les os plats; elles sont le plus souvent multiples et affectent surtout les enfants et les jeunes adultes mâles. Du côté du sang les symptômes sont peu marqués : légère accélération de la sédimentation, « instabilité éosinophilique », etc. On peut distinguer dans l'évolution de ces tumeurs une phase précoce avec destruction des os par une infiltration riche en cellules et surtout en éosinophiles. Au cours d'une seconde phase les éosinophiles sont remplacés par de gros mononucléaires et par des fibroblastes. Au point de vue du diagnostic, il faut songer à ces tumeurs dans toutes affections destructives des os du jeune âge et écarter toutes les autres affections comme la tuberculose, la syphilis, l'ostéite fibreuse, le sarcome de Ewing, les angiomes, les lymphogranulomes osseux, le myélome, etc. Au point de vue étiologie il y a lieu de noter qu'on a parfois signalé un traumatisme. Mais un élément constitutionnel caractérisé par l'éosinophilie ou l'instabilité éosinophilique doit intervenir, constitution qui est surtout marquée dans le jeune âge. H. rappelle, à propos de ces tumeurs, le granulome éosinophile périorificiel ou éosinophilome décrit par les dermatologistes et la « maladie syphiloïde du chat » décrite par L. Bory et constituée, elle aussi, par des éosinophilomes.

P.-E. Morhardt.

Hans Roth. *L'épreuve du glucose après traumatisme cranien* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. 73, n° 28, 10 Juillet 1943, p. 865-868). — L'épreuve du glucose dans les commotions cérébrales déjà étudiées par Scheeme et par Beckerhoff, a été reprise par R. selon la méthode suivante : Après avoir déterminé le taux de la glycémie à jeun, on fait prendre au malade 50 *g*. de glucose *per os* puis on détermine le sucre du sang toutes les demi-heures pendant 3 heures. Généralement la courbe ainsi obtenue présente une ascension assez vive, puis une chute au-dessous du chiffre initial suivie d'une nouvelle mais petite ascension. Chez 45 commotionnés, cette méthode appliquée à 3 ou 4 reprises a donné une courbe anormale, de sorte qu'une courbe normale parle contre une altération traumatique du cerveau. L'élévation de la glycémie n'est d'ailleurs pas parallèle à la gravité de la commotion. Par contre plus les anomalies de la courbe disparaissent vite plus la commotion est légère et on constate que la glycémie reste encore élevée alors que les troubles subjectifs présentés par les malades ont déjà disparu. Cette courbe fournit donc des indications plus délicates et plus précises que les renseignements donnés par le malade. Elle peut même, dans les cas très légers, être positive alors que tous les autres symptômes manquent et acquérir ainsi une valeur diagnostique. R. admet donc que quand la courbe de la glycémie ainsi provoquée est redevenue normale, le malade peut commencer à se lever.

P.-E. Morharot.

G. Franck (La Chaux-de-Fonds). *Curieux effets thérapeutiques de la « Lobéline Sandoz » au cours de l'urticaire* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. 73, n° 37, 11 Septembre 1943, p. 1120-1122). — Ayant eu l'occasion de procéder à une injection de lobéline chez une malade atteinte d'urticaire intense et généralisée, entraînant de la dyspnée, F. a pu constater que ce médicament, qui excite le centre respiratoire, agissait aussi sur l'urticaire elle-même. Il l'a donc utilisé d'une façon systématique et avec succès dans plus de 40 cas d'urticaire. En général, il a suffi de 3 à 8 injections de 3 mg. chacune. Dans quelques cas, les doses ont dû cependant être plus élevées. Chez une jeune fille de 22 ans, traitée pendant plus de 6 semaines par les méthodes usuelles, on est arrivé avec 3 injections de lobéline à faire disparaître toutes traces d'urticaire ou de prurit; une rechute survenue 10 mois plus tard a guéri définitivement sous l'influence du même traitement. Un homme de 45 ans, atteint d'urticaire depuis plusieurs mois, a également guéri en 15 jours sous l'influence d'injections quotidiennes de 10 mg. de lobéline. 5 autres observations superposables sont également données. Il ne semble pas possible d'expliquer actuellement comment la lobéline agit en pareil cas.

P.-E. Morharot.

R. Stahel (Zurich). *Résultats de la ponction du foie chez le malade* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. 73, n° 44, 30 Octobre 1943, p. 1317-1321). — S. a pratiqué 70 fois la ponction du foie avec une aiguille fine sans constater aucun incident. Les grosses aiguilles permettent de mieux étudier le tissu hépatique mais entraînent par contre trop d'accidents. Avec l'aiguille fine, on ne ramène guère, chez le sujet sain, que des cellules hépatiques et des érythrocytes. On obtient néanmoins, en cas d'hépatite épidémique, des résultats très intéressants permettant de préciser le pronostic : les grains de pigments biliaires sont moins abondants que dans l'ictère par rétention; dans les cas d'une certaine gravité la périphérie du protoplasma ne se colore plus et on a un aspect de neige fondante au printemps; il y aurait là un phénomène d'imbibition anormale de la cellule; on trouve également des lymphocytes, des plasmazellen et, parfois, des éosinophiles. Dans l'atrophie jaune aiguë, il apparaît des vacuoles et de la pycnose. Dans l'ictère par rétention, les cellules hépatiques sont bourrées de pigments biliaires. Dans l'ictère hémolytique, les cellules sont normales. Dans les cirrhoses, les résultats sont peu intéressants. Dans l'érythroleucémie, on peut trouver des érythroblastes pathologiques et des éléments myéloïdes immatures. Dans 2 cas cette ponction a permis de faire le diagnostic de kyste congénital. Le cancer primitif donne des images très caractéristiques. Les cellules présentent un polymorphisme considérable; des macrophages sont souvent observés. Dans un cas de glycogénose, on a bien retrouvé le glycogène dans les cellules et dans le noyau. S. conclut que cette méthode d'examen, qui est sans danger, doit se répandre.

P.-E. Morharot.

Ed. Frommel et A. D. Herschberg (Genève). *Le syndrome hyperandrogénique de la cinquantaine chez l'homme* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 73, n° 48, 27 Novembre 1943, p. 1434-1438). — A côté du syndrome d'hypoorchitisme, F. et H. ont eu l'occasion d'observer 9 malades de 45 à 50 ans qui présentaient dans l'urine un excès d'androgène. Cette affection débute chez des sujets présentant le type de l'hypersécrétion orchitique : arrêt de la croissance entre 14 et 16 ans; à la puberté, forte mue de la voix avec séborrhée et hyperhydrose palmo-plantaire; vers 18 ans, début de la calvitie puis hyperpilosité et développement musculaire considérable. L'activité psychique est grande pendant la maturité et l'asthénie survient précisément vers la cinquantaine.

On note alors de l'hypotension, de la bradycardie, de la congestion hépatique souvent accompagnée de subictère léger, de dilatation gastrique, de constipation, d'amaigrissement. A ce moment, la puissance sexuelle qui était généralement marquée tend à baisser. Au point de vue mental, il y a de la dépression et de l'aboulie. Enfin, on trouve 6 à 9 mg. d'androgène par litre d'urine contre 3,5 à 5 mg. chiffre normal. On constate de l'hypoglycémie. Ces symptômes pourraient être attribués à l'insuffisance du foie qui n'arrive pas à détruire comme normalement les hormones sexuelles.

Cet état de chose dure 2 ou 3 ans, de sorte que le pronostic est favorable. Comme traitement, il est recommandé des extraits hypophysaires totaux. La dose correspond en général à 1/4 d'hypophyse de bœuf par jour pendant 20 jours par mois. La diathermie hypophysaire donnerait également de bons résultats. L'acide ascorbique et la benzédrine ont été utiles. Une thérapeutique hépatique est indispensable.

P.-E. Morhardt.

C. Wegelin (Berne). *Artériolosclérose du myocarde* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 74 n° 3, 22 Janvier 1944, p. 57-60. — La sclérose des artères précapillaires, l'artériolosclérose, est très fréquente, mais très inégalement répartie suivant les organes. On la retrouve souvent dans les reins, la rate et le pancréas, mais rarement dans la peau, dans les muscles squelettiques et surtout dans le myocarde. L'examen de 500 cas consécutifs observés au laboratoire d'anatomie pathologique de Bâle, entre 1941 et 1942, a permis de retrouver 233 fois (46,6 pour 100) l'existence d'artériolosclérose. On a constaté également que ces lésions augmentent de fréquence avec l'âge pour arriver à une proportion de 80 pour 100. Ces lésions sont un peu plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les formes graves d'artériolosclérose ne s'observent pas dans 1/10 des cas. Il n'y a aucun parallélisme entre l'artériolosclérose du myocarde et la sclérose des artères coronaires ou la sclérose de l'aorte et de ses grosses branches.

A l'examen microscopique, l'artériolosclérose se manifeste par un épaississement irrégulier avec hyalinisation et dégénérescence grasse de l'endartère. La lumière de l'artère perd ainsi sa forme circulaire. La membrane élastique interne peut être aussi épaissie.

Il ne semble pas qu'une élévation de la pression du sang suffise pour provoquer de l'artériolosclérose. Sur 187 cas d'hypertrophie cardiaque plus ou moins marquée, 79 ne présentaient pas d'artériolosclérose et ces lésions n'étaient marquées que dans 10 cas.

Jusqu'ici, aucune étiologie particulière n'a pu être incriminée. W. cherche à expliquer la rareté relative de l'artériolosclérose du myocarde en admettant que le tissu conjonctif par lequel ces artères sont entourées, est particulièrement lâche et que les contractions du cœur contribuent à chasser les déchets.

P.-E. Morhardt.

A. Schüpbach (Berne). *Gangrène post-pneumonique des extrémités, exemple de la genèse complexe de la gangrène symétrique spontanée* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. 74 n° 3, 22 Janvier 1944, p. 60-62). — Un sujet de 60 ans a été atteint, au cours d'un séjour à l'hôpital pour eczéma, d'une pneumonie qui fut traitée par le Cibazol. 3 semaines après le début de cette affection, il survint les premiers signes de nécrose symétrique des extrémités affectant tous les doigts, le nez et les pavillons des oreilles. En outre, la langue présenta de gros ulcères de chaque côté de la pointe. Pression artérielle, 200/105; urée du sang 67 à 158 mg. pour 100 g. etc. A l'autopsie, on constate non pas une péri-artérite noueuse comme on le pensait, mais des lésions d'artériolosclérose et d'artériosclérose. Des phénomènes du même genre ont été observés dans la pneumonie par C. Nielsen, Rendu, P. Isaac, G. Lyon, Pagniez, Plichet et Koang.

Cette observation amène à discuter la pathogénèse de la gangrène pure symétrique au cours de laquelle le pouls bat normalement jusqu'aux limites du tissu malade. On peut songer d'abord à des altérations vasculaires d'origine allergique survenues chez un eczémateux présentant de l'hypersensibilité pour divers allergènes, comme on avait pu le constater au cours d'autres séjours à l'hôpital. Il paraît également y avoir un angiospasme. A cet égard, l'action de l'ergot de seigle qui inhibe le sympathique est difficile à comprendre. D'ailleurs, il semble qu'il ne se manifeste chez la parturiente qu'en cas d'infection concomitante. Quant à la symétrie parfaite des lésions, elle oblige à faire intervenir le système nerveux central. L'apparition des lésions de ce genre dans la pneumonie résulte manifestement de la coexistence de nombreux facteurs.

P.-E. Morhardt.

CHRONIQUES

Ordonnance créant des Organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales

Exposé des motifs

Le décret du 18 Octobre 1943, complété par le décret du 25 Janvier 1944, a abrogé l'Ordre des médecins et placé ses biens sous séquestre.

Les syndicats médicaux et paramédicaux dissous par l'autorité de fait de Vichy ont le droit de se reconstituer, mais seulement après épuration des bureaux des syndicats de 1939.

Une ordonnance nouvelle réglementant l'exercice de la médecine et des professions paramédicales va instituer un nouvel Ordre pour les médecins, pour les praticiens de l'art dentaire et pour les sages-femmes; cet Ordre sera essentiellement disciplinaire.

En attendant cette nouvelle réglementation, il est indispensable de prévoir la création d'organismes transitoires de gestion assumant le double rôle de l'Ordre et des syndicats. Ils pourront disposer des biens de l'Ordre, souvent importants, pour des attributions urgentes en faveur des sinistrés.

***

Le Gouvernement provisoire de la République française,
Sur le rapport du ministre de la Santé publique,
Vu l'ordonnance du 3 Juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 Juin et 4 Septembre 1944 ;
Vu le décret du 18 Octobre 1943 portant suppression de l'Ordre des médecins ;
Vu le décret du 22 Novembre 1944 relatif à l'exercice de la présidence du Gouvernement provisoire de la République française pendant l'absence du général de Gaulle ;
Le comité juridique entendu,
Ordonne :

ARTICLE PREMIER. — Jusqu'à la reprise de l'activité des syndicats de médecins, de chirurgiens dentistes et de sages-femmes, d'une part, et la création d'un nouvel Ordre des médecins, d'autre part, les dispositions ci-après sont mises en vigueur à titre provisoire.

ART. 2. — Dans chaque département est institué un Conseil départemental des médecins dont les membres sont nommés par le préfet sur la proposition du Comité médical départemental de la Libération.

Ce Conseil est chargé de la défense et de la gestion des intérêts professionnels des médecins du département. Il administre tous organismes ou services d'entr'aide ou de secours au sein de la profession médicale.

Un arrêté préfectoral fixe le nombre des membres du Conseil départemental des médecins, qui comprend de 6 à 12 membres, suivant l'importance du nombre de médecins établis dans le département. Le Conseil départemental des médecins de la Seine comprend exceptionnellement 25 membres.

Les membres de chaque Conseil départemental élisent en leur sein un président, un vice-président, un secrétaire général.

ART. 3. — Il est également créé dans chaque département un Conseil des praticiens de l'art dentaire et un Conseil des sages-femmes; les règles applicables à la compétence et à la composition de ces deux conseils sont identiques aux règles fixées pour les Conseils départementaux des médecins par l'article 2 ci-dessus.

ART. 4. — Au chef-lieu de chaque région, il est constitué un Conseil régional des médecins. Les Conseils régionaux des médecins sont nommés par le commissaire régional de la République sur la proposition des Comités médicaux départementaux de la Libération de la région. Le Conseil régional des médecins pour la région de Paris est nommé par le ministre de la Santé publique dans les mêmes conditions.

Le Comité régional des médecins a la garde de l'honneur et de la discipline de la profession médicale, de la profession dentaire et de la profession de sage-femme, dans les conditions fixées à l'article 5 ci-dessous.

Un arrêté du commissaire régional de la République fixe le nombre des membres du Conseil régional des médecins qui est de 8 à 16, suivant l'importance du nombre de médecins établis dans la région. Dans tous les cas, le Conseil doit comprendre au moins un membre pour chaque département de la région. Le conseil des médecins de la région parisienne comprend exceptionnellement 26 membres, dont 18 pour la Seine.

Les membres du Conseil régional des médecins élisent en leur sein un président, un vice-président et un secrétaire.

ART. 5. — Le Conseil régional des médecins appelle devant lui les médecins, dentistes ou sages-femmes prévenus d'avoir enfreint les règles de l'honneur ou de la moralité de leurs professions respectives. Il est alors assisté d'un conseil juridique désigné par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le chef-lieu de la région.

Pour les affaires concernant les praticiens de l'art dentaire ou les sages-femmes, il s'adjoint, suivant les cas, 3 chirurgiens dentistes et 1 stomatologiste ou 3 sages-femmes. Par exception, dans la région parisienne, il s'adjoint 9 praticiens de la profession dentaire ou 7 sages-femmes.

Le Conseil régional des médecins peut prononcer l'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, la suspension temporaire du droit d'exercer la profession, l'interdiction définitive du même droit.

L'appel peut être porté, dans les deux mois, devant le Conseil supérieur, visé à l'article 8 ci-après. Cet appel est suspensif.

ART. 6. — Il est institué un Conseil supérieur des médecins dont les membres sont nommés par arrêté du ministre de la Santé publique sur la proposition du Comité médical de la Résistance.

Le Conseil supérieur des médecins veille à l'honneur et à la discipline de la profession. Il assure également la défense et la gestion des intérêts professionnels. Sa compétence s'étend aux praticiens de l'art dentaire et aux sages-femmes sous les réserves indiquées à l'article 7 ci-dessous.

Le Conseil supérieur comprend 25 membres, dont 7 représentant le département de la Seine.

Les membres du Conseil désignent en leur sein un président, un vice-président et un secrétaire général.

ART. 7. — Pour l'examen des questions concernant les intérêts professionnels des chirurgiens dentistes ou des sages-femmes, le Conseil est complété soit par une commission de 16 praticiens de l'art dentaire, soit par une commission de 12 sages-femmes désignés dans les mêmes conditions que les membres du corps médical.

ART. 8. — Pour l'examen des appels formés contre les décisions des Conseils régionaux des médecins, il est constitué au sein du Conseil supérieur des médecins une section d'appel disciplinaire composée de 6 médecins désignés par le ministre de la Santé publique sur la proposition du Comité médical de la Résistance. La section d'appel désigne en son sein son président ; elle est assistée d'un membre du Conseil d'Etat.

Pour le jugement des appels formés par des praticiens de l'art dentaire ou par des sages-femmes, la section spéciale est complétée, suivant le cas, soit par 3 chirurgiens dentistes et 1 stomatologiste, soit par 2 sages-femmes.

Les décisions de la section spéciale peuvent être déférées au Conseil d'Etat par la voie du recours pour excès de pouvoir. Le recours sera suspensif.

ART. 9. — Pour la défense et la gestion des intérêts professionnels, les Conseils départementaux des médecins et le Conseil supérieur des médecins s'entendront avec l'administration des domaines chargée de la gestion des biens de l'Ordre des médecins dissous en vue du règlement des dépenses indispensables.

ART. 10. — Le montant des cotisations à percevoir par les Conseils départementaux est fixé par le Conseil supérieur, lequel détermine également la répartition du produit de ces cotisations entre le Conseil supérieur lui-même et les Conseils départementaux.

ART. 11. — Le Conseil supérieur des médecins, les deux commissions qui lui sont adjointes et les Conseils départementaux sont dotés de la personnalité civile. Ils peuvent se porter partie civile devant les juridictions répressives.

ART. 12. — L'article 2 du décret du 18 Octobre portant suppression de l'Ordre des médecins est abrogé.

Les archives et tous documents de l'Ordre des médecins seront confiés aux organismes visés par le présent décret.

ART. 13. — Les modalités d'application des précédentes dispositions seront fixées par arrêté du ministre de la Santé publique de concert, s'il y a lieu, avec les autres départements intéressés.

ART. 14. — La présente ordonnance sera publiée au *Journal Officiel* du 12 Décembre 1944 de la République française et exécutée comme loi.

Fait à Paris, le 11 Décembre 1944.

JULES JEANNENEY.

Par le Gouvernement provisoire de la République française :
Le ministre de la Santé publique,
FRANÇOIS BILLOUX.

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
FRANÇOIS DE MENTHON.

Le ministre des Finances,
R. PLÉVEN.

Le ministre de l'Intérieur,
A. TIXIER.

Jacques Arnaud

1904-1944

Une messe de *Requiem* réunissait le 8 Novembre à la chapelle de l'hôpital Laennec la famille et les amis du Dr Jacques Arnaud, assassiné par la Gestapo en Juillet 1944 pour avoir été fidèle à son devoir professionnel en refusant de livrer à l'ennemi les noms de ses malades. Par sa vie et par sa mort, Jacques Arnaud a donné l'exemple des plus hautes vertus. Il est juste que les médecins de France honorent sa mémoire et la perpétuent de génération en génération.



JACQUES ARNAUD.

Petit-fils de M. Jules Girard, professeur de Clinique chirurgicale à Grenoble, fils du colonel Arnaud, mort pour la France lors de la guerre 1914-1918, élevé dans l'attachement passionné aux traditions médicales et militaires de sa famille par une mère admirable dont tous les phtisiologues parisiens connaissent l'efficace et clairvoyante activité sociale, Jacques Arnaud eut sans cesse à lutter contre une fortune adverse pour faire prévaloir les heureux dons de son esprit. Il se destinait à la

chirurgie. Déjà malade, il concourut néanmoins à l'internat des hôpitaux de Paris et fut nommé en 1927. Dès la première année, il dut s'interrompre, subir un pneumothorax thérapeutique et faire une cure en sanatorium. Courageusement, et non sans poignant regret, il changea son fusil d'épaule et s'orienta vers la phtisiologie. Le sacrifice une fois consenti, il s'adonna tout entier à l'étude de la tuberculose et ne tarda pas à y exceller. A son retour de Leysin, il fut mon interne à l'hôpital Laennec, où j'eus le privilège de le conserver comme assistant pendant plusieurs années. Sérieux jusqu'à la gravité, consciencieux jusqu'au scrupule, volontiers taciturne, patient, d'une bonté délicate et sans ostentation, il devint rapidement la cheville ouvrière du service, inspirant à ses collègues, aux externes, aux infirmières et aux malades une confiance illimitée. Mais l'accomplissement total de ses devoirs hospitaliers ne suffisait pas à ce besoin de perfection qui le menait presque à son insu, car il n'en faisait point étalage. Il avait aussi reçu en partage le goût très vif de la recherche scientifique et cette intuition clairvoyante sans laquelle ce goût reste stérile. Il avait des idées neuves, originales, une grande habileté expérimentale, et, dès ses premières communications à la Société de la Tuberculose, il se fit écouter et apprécier. Sa thèse inaugurale de 1932 sur les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel le montre déjà en possession de toutes les qualités exceptionnelles qui devaient le faire distinguer parmi les phtisiologues de sa génération. Les problèmes sociaux que pose la tuberculose ne le préoccupèrent pas moins que les problèmes physio-pathologiques, cliniques et thérapeutiques. Il le fit bien voir dans un ouvrage lucide et richement documenté qu'il fit paraître en 1934 avec son maître Georges Brouardel. Un voyage d'études aux Etats-Unis accentua encore chez lui la tendance sociale et organisatrice.

En 1936, Jacques Arnaud prit la direction du sanatorium du Mont-Blanc, à Passy (Haute-Savoie). Il y donna aussitôt la mesure de sa sagacité clinique, de ses qualités de chef et de ce sens de l'humain qu'il possédait à un si haut degré. Son autorité morale et scientifique s'imposa sans peine sur le plateau de Passy dont tant d'établissements de cure modernes et remarquablement bien dirigés ont fait un centre phtisiologique de premier ordre.

Vint la guerre. Exempté de toute obligation militaire du fait de sa maladie, Arnaud n'eut de cesse qu'il n'eût été engagé comme médecin auxiliaire dans une unité combattante. Il fit campagne dans le Nord, en Belgique et en Hollande, se signalant chaque jour par son sang-froid et son dévouement. Fait prisonnier à Dunkerque, il connut pendant un an toutes les misères de la captivité en Allemagne. Libéré pour raisons de santé, il reprit presque aussitôt la direction du Mont-Blanc transformé en Sanatorium militaire affecté aux prisonniers devenus tuberculeux. Il se consacra avec une ardeur réfléchie et persévérante à cette tâche difficile, faisant régner l'ordre et la discipline autour de lui, maintenant au niveau le plus élevé le moral de ses malades, par la confiance qu'il leur inspirait et l'exemple qu'il leur donnait, instruisant et stimulant de nombreux jeunes médecins venus se mettre à son école et qu'il admettait à collaborer à ses recherches. Car son activité scientifique ne s'était pas ralentie. Près de 40 publications faites de 1936 à 1944 en témoignent. Elles sont toutes dignes d'attention; plusieurs sont remarquables et nous découvrent des perspectives nouvelles. Il s'était particulièrement attaché ces dernières années à l'exploration fonctionnelle des poumons séparés et avait fait construire à cet effet une instrumentation bronchoscopique nouvelle. Les résultats qu'il a obtenus sont consignés dans un ouvrage laissé achevé et qui paraîtra dès que les circonstances le permettront. On mesurera alors quelle perte a faite la phtisiologie française en perdant Jacques Arnaud.

Et j'en viens maintenant aux derniers moments de cette vie magnifique par son abnégation, par son détachement stoïque de tout ce qui n'était pas la médecine agissante et conquérante. Le 25 Juin 1944 des agents de la Gestapo vinrent au Mont-Blanc et réclamèrent d'Arnaud la liste de ses derniers malades entrés au sanatorium. Arnaud s'y refusa. Il avait d'ailleurs reçu du Service de Santé militaire, dont il dépendait, des instructions formelles ne l'autorisant à communiquer les noms de ses malades qu'en présence d'un officier français délégué par la Commission d'armistice. C'est en vain qu'il fit état de ces instructions. On l'arrêta et on l'emmena à Cluses où il fut tenu en prison. Son frère, prévenu, se rendit à Cluses puis à Annecy; il n'obtint des agents de la Gestapo que des renseignements contradictoires, mensongers et d'une révoltante hypocrisie. Il ne perdit pourtant pas tout espoir. C'est, on le sait par mille exemples, un raffinement voulu de la cruauté policière allemande, que de maintenir le plus longtemps possible dans l'incertitude les proches de ses victimes. On ne sut la vérité qu'au début de Septembre. Dans la nuit du 8 au 9 Juillet, Arnaud fut sorti de la prison de Cluses, emmené dans les bois entourant le lac de Nanty, près de Thiez, et abattu de quatre coups de pistolet. On l'enterra sommairement sur le lieu même de son exécution. L'agent de la Gestapo qui commit l'assassinat fit jurer à ses acolytes de n'en rien révéler. Le corps fut découvert le 8 Septembre, après le départ des Allemands, et identifié par les docteurs Wellhof et Mérigot, assistants au sanatorium du Mont-Blanc.

Ainsi mourut pour la France et pour la dignité de la profession médicale le docteur Jacques Arnaud.

E. Rist.

Programme
du certificat d'études (P. C. B.)

Nous avons annoncé dans notre numéro du 11 Novembre 1944, p. 262, la suppression de l'A.P.M. et le rétablissement de l'enseignement préparatoire P.C.B.

Par arrêté du 28 Novembre 1944 (paru au *Journal Officiel* du 5 Décembre 1944) le programme du certificat d'études P.C.B. est fixé comme suit :

A. — Biologie animale et humaine (environ 65 leçons)

I. *Introduction* (1 leçon). — Généralités sur la matière vivante : caractères fondamentaux et cycle dans la nature.

II. *La cellule animale* (6 leçons). — Indications sommaires sur les procédés généraux d'étude de la cellule vivante et de la cellule fixée.

Aperçu sur la structure cellulaire. Rapports du noyau et du cytoplasme.

Notions sur quelques types caractéristiques de cellules, cellules flagellées et ciliées, différenciation cellulaire.

Mouvements cellulaires : amiboïsme, diapédèse, phagocytose.

Phénomènes essentiels de la multiplication cellulaire : amitose, mitose. Signification de la mitose, pouvoir de multiplication et catégories biologiques de cellules. Facteurs et perturbation de la mitose, cancer. Multiplication indéfinie des cellules et spécificité cellulaire : culture des tissus. Méiose et sexualité.

III. *Sexualité* (6 leçons). — Origine des cellules sexuelles. Soma et germen. Evolution des cellules de la lignée germinale. Spermatogénèse et ovogénèse.

Fécondation de l'œuf. Activation et caryogamie. Phénomènes physiologiques de la fécondation.

Parthénogénèse expérimentale et parthénogénèse naturelle.

Détermination du sexe : les diverses théories.

Gynandromorphisme et intersexualité, changement de sexe.

Reproduction asexuée, gemmiparité, scissiparité.

IV. *Embryogénèse* (9 à 10 leçons). — Notions sur les divers types de développement embryonnaire.

Structure de l'œuf et segmentation.

Gastrulation et formation des feuillets.

Notions sur la morphogénèse embryonnaire.

Développement larvaire et métamorphoses.

Ovo et viviparité, enveloppes embryonnaires.

Croissance; sénescence et mort des organismes.

Régénération; cicatrisation.

V. *Principaux groupes zoologiques* (2 leçons). — Ebauche d'une classification des organismes du règne animal.

VI. *Structure et fonctions essentielles des tissus et des organes. — Notions sommaires sur l'évolution des appareils dans la série animale* (9 à 10 leçons). — Tissus, organes, appareils, systèmes. Tissus épithéliaux de revêtement et glandulaires. Appareil tégumentaire. Tissus conjonctifs, cartilagineux, osseux. Tissus musculaires. Appareil digestif et glandes annexes. Appareil respiratoire. Sang et appareil circulatoire. Appareil génito-urinaire. Cellule nerveuse et système nerveux. Organes des sens.

VII. *Les équilibres physiologiques* (2 leçons). — Nutrition des organismes. Les lois de l'énergétique sont applicables aux êtres vivants. Transformation de l'énergie chimique des aliments en énergie thermique, mécanique, électrique...

Mesure des besoins d'énergie de l'animal, principe de la calorimétrie directe et indirecte (1 leçon).

Le métabolisme de base. Loi des tailles, des surfaces, contenu de cette notion. Facteurs qui influent sur la dépense énergétique basale : travail, température extérieure, aliments. Notions de mécanisme régulateur de la température. Régulation physique et régulation chimique de la température (2 leçons).

Besoins qualitatifs et quantitatifs pour les diverses catégories d'aliments. Besoins de l'entretien et de la croissance. Besoins en certains acides gras et en certains acides aminés dits indispensables. Vitamines. Notion de régime équilibré et de régime carencé (2 leçons).

Mécanismes assurant l'automatisme supérieur. Les sécrétions, généralités. Classification : sécrétions externes et internes, hormones. Cas des sécrétions-excrétions, principalement de la sécrétion rénale. Etude d'une sécrétion de chaque type (2 leçons).

Mécanisme de la contraction cardiaque. Régulation de la pression artérielle (1 leçon).

Le sang et la respiration chez les animaux supérieurs. Mécanismes assurant le transport de l'oxygène et du CO_2. Rôle des pigments sanguins (1 leçon).

Système nerveux autonome; les médiateurs (1 leçon).

Propriétés générales du nerf et du muscle (1 leçon).

La moelle et les réflexes. Le cerveau. Les réflexes conditionnels (1 leçon).

VIII. *Les organismes et le milieu* (5 leçons). — Tropismes et comportement.

Commensalisme et symbiose, parasitisme. Interrelations entre l'hôte et le parasite.

Protozoaires parasites.

Vers parasites et autres organismes parasites.

Modifications biologiques dues à l'action des agents externes. Immunité cellulaire, humorale. Anaphylaxie.

IX. *Evolution des animaux et de l'homme* (14 leçons). — Notions d'espèce. Critères de l'espèce, évolution des espèces. Variation continue et notions de biométrie. Espèce linéenne. Génotype. Variation discontinue; mutations expérimentales et naturelles; les races domestiques.

Hérédité. Quelques faits classiques illustrant les lois de Mendel. Monohybridisme. Dihybridisme.

Théorie chromosomique de l'hérédité. Parallélisme entre les lois statistiques et les observations cytologiques.

Hérédité chez l'homme. Tares et unions consanguines. Hérédité liée au sexe (daltonisme et hémophilie).

Caractères liés et crossing over. Facteurs multiples. Cas d'hérédité de type intermédiaire constant : croisement entre races humaines.

Facteurs de l'évolution. Causes de la variabilité; caractères acquis et mutations; leur valeur évolutive.

Grandes théories de l'évolution. Valeur des notions de sélection naturelle et sexuelle. Sélection artificielle. Orthogénèse et ségrégation.

Evolution des grands groupes zoologiques, principalement des vertébrés. Evolution des primates; origines et évolution de l'homme. Signification de la notion de race appliquée à l'homme. Principales caractéristiques des races humaines.

B. — Biologie végétale (environ 30 leçons)

Introduction. — Caractères distinctifs des animaux et des végétaux (1 leçon).

Etudes chimiques et physicochimiques de la cellule (3 leçons). — Composition élémentaire de la matière vivante. Principes immédiats de la matière vivante. Protides, lipides, glucides, eau, sels minéraux.

Généralités sur l'état colloïdal. Le colloïde cytoplasmique et ses propriétés.

Etude morphologique de la cellule (5 leçons). — La théorie cellulaire. Cas particuliers : cénocytes, plasmodes, la question des virus. Principaux constituants de la cellule : cytoplasme, noyau, appareils cinétique, chondriosomes et plastes, vacuoles, membranes.

Division cellulaire. Polypoïde expérimentale.

Etude physiologique de la cellule (4 leçons). — Phénomènes osmotiques et perméabilité.

Généralités sur le métabolisme : cellules autotrophes : cellules hétérotrophes.

Les diastases. Propriétés générales. Classification.

Généralités sur l'organisation des végétaux (1 leçon). — *La plante et l'eau* (2 leçons). — Pénétration et circulation de l'eau. Transpiration.

Les besoins alimentaires de la plante (1 leçon). — Besoins en sels minéraux.

Nutrition carbonée (3 leçons). — Nutrition carbonée minérale; photosynthèse; chimiosynthèse.

Nutrition carbonée organique.

Cycle du carbone.

Nutrition azotée (2 leçons). — Utilisation de l'azote gazeux, de l'azote nitrique et de l'azote protéique : protéogénèse. Cycle de l'azote.

Matières de réserve (1 leçon). — Migration et mise en réserve; diverses catégories de matières de réserves : glucidiques, protidiques, lipidiques.

Organe de réserve.

Excrétion (1 leçon). — Alcaloïdes et hétérosides.

Méthodes d'étude du catabolisme (1 leçon). — Mesure des échanges gazeux respiratoires et des échanges fermentaires. Méthodes eudiopétriques, méthodes manométriques.

Fermentation et respiration (3 leçons). — Fermentations anaérobies : alcoolique, lactique, butyrique, forménique. Fermentations aérobies : acétique.

Intensité et quotient respiratoires. Chaleur végétale.

Microbiologie (3 leçons). — Caractères morphologiques et physiologiques des bactéries.

Classification des bactéries. Bactéries pathogènes.

C. — Travaux pratiques de biologie (42 séances)

I. *Biologie générale* (5 séances). — Morphologie cellulaire : structure de la cellule (oignon); mouvements du cytoplasme (Elodea).

Physiologie cellulaire : plasmolyse et vacuoles. — Colorations vitales.

Division cellulaire directe et indirecte : caryocinèse.

Reproduction et fécondation *in vivo* fucus, oursin, grenouille.

Symbiose et parasitisme : mycorhizes des orchidées, flagellés de termites, lichens, teignes, galles, animaux parasites, principalement vers parasites et leurs formes larvaires.

II. *Biologie animale* (22 séances). — Anatomie comparée des vertébrés : dissection des appareils digestifs circulatoire, excréteur et nerveux dans les diverses classes de vertébrés.

Anatomie comparée des invertébrés : dissection de quelques types pris dans les principaux embranchements d'invertébrés.

Examen d'animaux vivants : divers types de protistes, de plankton d'eau douce, d'insectes et de leurs formes larvaires et nymphales.

Tissus et histologie : tissus de revêtement; de soutien; muscle; nerf; sang. Coupes d'organes : estomac; intestin; foie; rein, coupes de glandes à sécrétion : externe (salivaire; interne (thyroïde) et mixte (pancréas).

Coupes de gonades : testicule et spermatogénèse : ovaire et follicule de Graaf, corps jaune.

Rôle des hormones sur la structure des tissus (coupe d'utérus, phase folliculaire et lutéinique).

Coupes d'embryons (alevin de poisson).

Physiologie : muscle et nerf : enregistrement graphique de la contraction musculaire.

Sang : coagulation, hémolyse, réduction et oxycarbonation.

Digestion : digestion salivaire de l'amidon présure et coagulation du lait, bile et émulation des graisses.

Fécondation et développement : ajouter aux manipulations de biologie générale sur la fécondation des manipulations sur la segmentation (œuf oursin), sur les premiers stades de l'embryon d'oiseau (poulet) et compléter par l'étude des enveloppes embryonnaires (poulet).

III. *Biologie végétale* (15 séances). — Substances de réserve : amidon, insuline, glycogène.

Substances d'excrétion : tanin, latex, oxalate.

Tissus conjonctifs, de protection et de soutien (groseiller, gui).

Tissus conducteurs (bryone).

Racine de tradescantia et de ficaire.

Tige jeune et âgée de sureau.

Feuille d'olivier ou de houx.

Etude des inflorescences et de l'anthère : analyses florales et déterminations de plantes, surtout de plantes médicinales.

Etude de l'ovaire : analyses florales et détermination.

Etude des fruits : de la graine et de la germination : analyses et déterminations de plantes médicinales.

Etude des ptéridophytes (scolopendre) et de leurs prothalles (adianthus).

Etude des bryophytes : hépatiques, mousses, sphaigne.

Etude des champignons inférieurs : rhizope, sporodinie, vitamine B de l'eremothecium.

Etude des champignons supérieurs : pézize, truffe, champignon de couche; champignons comestibles et vénéneux.

Etude des bactéries : bacille du foin et bactéridie charbonneuse et algues : cyanophycée, nostoc; chlorophycée, spirogyre et rhodophycées; algues marines. *(A suivre.)*

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Conseillers techniques permanents

— M. Justin-Besançon, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et Mlle Jeanne Lévy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, sont nommés conseillers techniques permanents du ministère de la Santé publique.

CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DES MÉDECINS

Comité de Coordination

Région Parisienne

Extraits de la circulaire n° 31 du 5 Décembre 1944.

Membres du Comité de Coordination

Direction de la Santé : M. Leclainche (Paris).

Délégués départementaux. — *Seine.* Titulaires : MM. Balthazard (Paris), Desjardins (Neuilly), Guyot, Lafay, Tissier-Guy et Wolfromm (de Paris). — Suppléants : MM. Duvelleroy (La Plaine-Saint-Denis), Robert (Paris), Vaslin (Nanterre).

Seine-et-Marne. Titulaires : MM. Berson (Coulommiers), Pelbois (Melun). — Suppléants : MM. Barthes (Thorigny), Lacroix (Meaux).

Seine-et-Oise. Titulaires : MM. Lebel (Mantes-la-Ville), Lemesle (Vernouillet), Mouthon (Meudon), Rouzaud (Argenteuil). — Suppléants : MM. Cordier (Le Chesnay), Glasser (Saint-Germain-en-Laye), Le Bars (Corbeil), Perlis (Aulnay-sous-Bois).

Oise. Membre titulaire : M. Woimant (Compiègne). — Suppléant : M. N...

Eure-et-Loir. Membre titulaire : M. N... — Suppléant : M. N...

Conseil national des Médecins : M. Plichet (Paris). — *Electro-radiologistes :* M. Coliez (Paris). — *Oto-rhino-laryngologistes :* M. Bonnet-Roy (Paris). — *Ophtalmologistes :* M. N... — *Stomatologistes :* M. Friez (Paris). — *Médecine du travail :* M. Barthe (Gennevilliers). — *Médecins des hôpitaux de Paris :* M. Degos (Paris). — *Chirurgiens des hôpitaux de Paris :* M. N... — *Hôpitaux privés :* M. Huet (Paris). — *Maisons de santé privées :* MM. Bussard (Bellevue), Desgranges (Boulogne-sur-Seine). — *Conseiller technique :* M. Dournel (Le Vésinet).

Bureau. *Président :* M. Tissier-Guy (Seine); *Vice-présidents :* MM. Rouzaud (Seine-et-Oise) et Pelbois (Seine-et-Marne); *Trésorier :* M. Duvelleroy; *Secrétaire général :* M. Drouet; *Secrétaire administratif :* M. Coquin.

Nouveaux honoraires minima dans les départements de la région sanitaire de Paris.

	Seine Honoraires applicables à partir du 1er Janvier 1945	Seine-et-Oise Honoraires applicables à partir du 15 Novembre 1944
Consultation.......	60	50
Visite.............	80	60
Visite de dimanche.	120	100
Visite de nuit.....	160	150
PC.................	35	30
K..................	40	30

Indemnité kilométrique en Seine-et-Oise : 5 francs par kilomètre parcouru au delà du 3e kilomètre.

N. B. — Les honoraires minima qui seront applicables en Seine-et-Marne à partir du 1er Janvier 1945 ne nous sont pas encore connus.

A la suite du relèvement des honoraires médicaux minima dans les départements, la Commission des conventions et tarifs de l'Union des Caisses a décidé de « saisir les ministres des Finances, du Travail et de la Santé publique de cette question en exposant la situation financière dans laquelle se trouvent les Caisses, de l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent d'augmenter actuellement leur tarif, et en demandant l'institution du tarif opposable à l'usage des assurés sociaux ».

Le bulletin n° 2 du casier judiciaire ne sera plus communiqué à l'Ordre des médecins. — L'Ordre des médecins avait pu obtenir le 30 juin 1944 que le bulletin n° 2 du casier judiciaire soit communiqué aux Conseils de l'Ordre, afin d'éviter que des individus au casier judiciaire chargé ne puissent plus être inscrits sur les tableaux de l'Ordre et exercer la médecine.

En vertu d'une ordonnance du 26 Novembre 1944 parue au *Journal Officiel* du 28 Novembre 1944, ce bulletin n° 2 ne pourra plus être délivré aux Conseils de l'Ordre des médecins pour l'inscription au tableau. Par contre, il continuera à l'être aux Administrations publiques de l'Etat et à la Société Nationale des Chemins de Fer français saisies des demandes d'emplois.

Conseil départemental de la Seine

A propos du relèvement des honoraires, le Conseil départemental des médecins de la Seine a envoyé des lettres au Président de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne et au Préfet de Police, pour préciser que l'augmentation des honoraires du 15 Janvier 1938 au 1er Janvier 1945 s'échelonne entre 75 et 125 pour 100 alors que l'augmentation des salaires des assurés dans le département de la Seine a varié de 160 à 200 pour 100 pendant la même période. Le Corps médical ne peut donc, nous semble-t-il, encourir le reproche d'avoir, pour sa part, annihilé les augmentations de salaire qui ont été légitimement accordées aux travailleurs de condition modeste. Il est à noter d'autre part que le prix de journée dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris ont subi — ou vont subir — une augmentation de beaucoup supérieure à celle de nos honoraires (journée de médecine de 44 à 148 fr.; chirurgie de 46 à 155 fr.).

Pour le Secrétaire Général :
le Secrétaire Administratif,
Dr P. Coquin.

Conseil supérieur d'Hygiène publique de France

Par suite de la réorganisation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, une première série de places d'auditeurs sont déclarées vacantes dans les catégories suivantes :

Bactériologistes : une place.
Docteurs en médecine : une place.
Chimistes, physiciens, pharmaciens : une place.
Fonctionnaires sanitaires : une place.
Ingénieurs, hydrologues, géologues, architectes : deux places.

Les auditeurs sont nommés par le ministre sur une liste double de présentation établie par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. Une nomination de membre sur deux leur revient de droit.

Les intéressés ont un délai expirant le 1er Janvier 1945 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres dans un dossier qui devra être adressé au ministère de la Santé publique (direction de la santé, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Croix-Rouge Française

Sur proposition du ministre de la Santé publique, le Prof. Justin-Besançon vient d'être appelé par le Gouvernement provisoire de la République française à la présidence de la Croix-Rouge française.

Université de Paris

Vacances de Noël et du Jour de l'An 1945

La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) vaquera du dimanche 24 Décembre au mardi 2 Janvier 1945 inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le mercredi matin 3 Janvier.

Secrétariat. — Les bureaux du secrétariat seront fermés les jours de Noël et du 1er Janvier. En dehors de ces 2 jours, le secrétariat sera ouvert comme en période normale. Toutefois, les audiences des lundis, mercredis et vendredis du Secrétaire et du Secrétaire-adjoint n'auront pas lieu.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée du dimanche 24 Décembre au mardi 2 Janvier inclus.

Une séance spéciale pour le service du prêt aura lieu le samedi 30 Décembre, de 14 à 16 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — Aux termes de la circulaire aux recteurs du 19 Octobre 1944, confirmée par une ordonnance du 20 Novembre 1944, les doyens, assesseurs des Facultés, chefs d'établissements et délégués aux conseils des Universités devaient cesser leurs fonctions à compter du 31 Décembre 1944. De nouvelles élections devaient avoir lieu avant la fin de l'année.

Ces nominations ne seront faites qu'à titre provisoire et les intéressés n'exerceront leurs fonctions que jusqu'à une date qui sera fixée par décret après le retour des prisonniers et déportés.

Le conseil de Faculté a procédé, dans sa séance du 23 Novembre 1944, à la réélection du doyen : Prof. Baudouin et de son assesseur le Prof. Binet.

En outre le Prof. Mocquot a été nommé délégué de la Faculté au conseil de l'Université.

— M. Cambessedès est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé d'hygiène.

— M. Navarre est chargé provisoirement des fonctions de chef de travaux.

Clinique des maladies du système nerveux, Salpêtrière (Prof. Guillain.) — Des conférences neurologiques seront faites à l'amphithéâtre de la clinique Charcot (hospice de la Salpêtrière) à 10 h. 30, aux prochaines dates suivantes :

26 Janvier 1945. M. Haguenau : Les méningites spinales. — 23 Février. M. Lhermitte : Les tumeurs du diencéphale médian. — 23 Mars. M. Alajouanine : Les arachnoïdites opto-chiasmatiques. — 20 Avril. M. Garcin : Les accidents nerveux de l'hypoglycémie. — 8 Juin. M. Bourguignon : Traitement des affections du système nerveux par la diélectrolyse. — 22 Juin. M. Mollaret : Les méningites avec récurrences. — 6 Juillet. M. Ivan Bertrand : Les modifications électro-encéphalographiques dans les lésions basses du névraxe.

Durant le cours de l'année scolaire, M. Alajouanine fera tous les jeudis matins à 10 heures une présentation de malades à la consultation de la clinique Charcot.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Meynaro est chargé des fonctions d'assistant de physique pharmaceutique.

École de Médecine de Caen. — M. Morice est nommé directeur de l'école (M. Vigot, démissionnaire).

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. Jean Terrasse est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle.

— M. Bureau est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale.

— M. Vergne est institué pour 9 ans professeur suppléant d'histoire naturelle.

— M. Grimault est chargé, à titre provisoire, de la chaire de médecine opératoire.

— M. Rougier est chargé, à titre provisoire de la suppléance de pathologie et clinique chirurgicale.

— M. Gauthier est chargé, à titre provisoire, du cours de chimie organique.

École de Médecine de Rennes. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et matière médicale à l'école de médecine de Rennes s'ouvrira le 4 Juin 1945 devant la Faculté de pharmacie de Paris. (Inscriptions closes un mois avant l'ouverture).

— Des concours pour 3 emplois de professeurs suppléants de : *a)* Clinique chirurgicale et accouchement; *b)* Pathologie interne et clinique médicale; *c)* Anatomie et physiologie à l'école de médecine de Rennes, s'ouvriront le 1er Juin 1945 devant la Faculté de Médecine de Paris. (Inscriptions closes un mois avant l'ouverture.)

Hôpitaux et Hospices

Douze conférences sur les stomatites. — L'Association des Stomatologistes des hôpitaux de Paris organise une série de 12 conférences publiques et gratuites sur les stomatites. Ces conférences auront lieu le dimanche matin à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre de Lapersonne), à partir du dimanche 7 Janvier 1945.

7 Janvier 1945, M. Lebourg : Notions générales, séméiologie, classification. — 14 Janvier, M. Lebourg : Les stomatites érythémateuses. — 21 Janvier, M. Hénault : Les stomatites vésiculeuses et bulleuses. — 28 Janvier, M. Lepoivre : Les stomatites ulcéreuses. — 4 Février, M. Cernéa : Les stomatites gangréneuses. — 11 Février, M. Lambert : Les stomatites de causes locales. — 18 Février, Mme Chaput : Les stomatites des maladies infectieuses. — 25 Février, M. Friez : Les stomatites des maladies du sang. — 4 Mars, M. Friez : Les stomatites toxiques et médicamenteuses (mercurielles et bismuthiques exceptées). — 11 Mars, M. Hennion : Les stomatites mercurielles. — 18 Mars, M. Vrasse : Les stomatites bismuthiques. — 25 Mars, M. Cernéa : Thérapeutique des stomatites.

Enseignement des Hôpitaux libres. — L'enseignement des Hôpitaux libres organise pour l'année 1945, sous le haut patronage de M. le ministre de la Santé publique, une série de conférences destinées aux praticiens et aux étudiants. La première leçon aura lieu le vendredi 5 Janvier à l'Institut prophylactique, 36, rue d'Assas, à 18 heures, et sera faite par M. Jean Rostand sur : La génétique physiologique et la pathologie humaine.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

— M. Hecaen, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) est détaché auprès de la guerre en qualité de médecin traitant de neuro-psychiatrie de *l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.*

— M. SIZARET, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de la Roche-Gandon (Mayenne) est nommé, sur sa demande, médecin chef à l'*hôpital psychiatrique de Rennes*, en remplacement de M. Daussy, affecté à d'autres fonctions.

— M. ADNES est nommé médecin chef à l'*hôpital psychiatrique de Saint-Gemmes* (Maine-et-Loire).

— M. COLIN, secrétaire de direction à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) est nommé, en la même qualité, à l'*hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence* en remplacement de M. Paris, affecté à d'autres fonctions.

Nouvelles diverses

Enfance délinquante. — Une ordonnance du Gouvernement provisoire de la République constate la nullité de la loi du 27 Juillet 1942 relative à l'enfance délinquante.

Société pour Femmes et Enfants de Médecins. — La Société de secours-mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins, dite F. E. M., 60, boulevard Latour-Maubourg, à Paris 7e, bien que privée, du fait des événements, d'une grande partie de ses ressources, a pu cependant poursuivre sa tâche envers les veuves et les orphelins de médecins, grâce, en partie, aux dons généreux des laboratoires de spécialités pharmaceutiques.

Ces dons se sont élevés pour l'année 1944 à la somme totale de 60.950 francs.

La société F. E. M. assure de sa reconnaissance tous ses généreux donateurs et leur demande de bien vouloir lui continuer leur appui bienveillant, afin de lui permettre de combler le vide fait dans sa caisse de secours par la suppression momentanée du bal de la médecine française.

Rappels à l'activité. — Le médecin commandant BONNAUD et le médecin colonel DUTREY, du service de santé, sont rappelés à l'activité.

Distinctions honorifiques

LÉGION D'HONNEUR

Chevalier : docteur MOREL (Les Riceys, Aube) [à titre posthume]; médecin de 2e classe POUYSEGUR, du régiment de Sapeurs-Pompiers de Paris (à titre posthume); médecin capitaine LAJOURNADE, du ne régiment de tirailleurs.

MÉDAILLE MILITAIRE

Méd. aux. ARMSTRONG, du ne régiment de tirailleurs; méd. aux. PLANCKE, groupe de commandos d'Afrique ; méd. aux. FERRAND, bataillon de choc.

CITATIONS A L'ORDRE DE L'ARMÉE

— Méd. général de brigade HUGONOT, du service de santé du C. E. F.

— Méd. cap. BERGE, goums marocains; méd. cap. ROZIER, du ne régiment de tirailleurs tunisiens.

— Méd. lieut. RAVELONANOSY, du ne régiment de tirailleurs tunisiens.

Nos Échos

Naissances.

— Nicole DUPUY est heureuse de faire part de la naissance de son petit frère *Arnaud*. (De la part du docteur et Mme E. DUPUY, Saint-Junien [Haute-Vienne].)

— Le docteur et Madame J.-J. SOYER ont le plaisir de faire part de la naissance de leur deuxième fille *Marie-Noëlle*. (Rennes, 37, boulevard de La Liberté.)

— Le docteur et Madame Jean BAILLET font part de la naissance de leur quatrième enfant *Christiane*. (Berck-Ville, 16 Septembre 1944.)

— Le docteur RAOUL PALMER et Madame, née Elisabeth Esser, font part de la naissance de leur deuxième enfant, *Annie-Martine*. (Paris, 6 Décembre 1944.)

Le docteur et Mme Philippe GALUP sont heureux d'annoncer la naissance de *Solène-Elizabeth*, la petite sœur de Fanny et de Pascale. (3 Décembre. Couhé-Vérac [Vienne].)

— Le docteur et Mme HENRY FRÉBET sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Patrice*. (Angers, le 16 Novembre 1944.)

— Le docteur JEAN ARRIGHI DE CASANOVA et Madame ont la joie de faire part de la naissance de leur fils *Jérôme*. (La Guiche, le 10 Décembre 1944.)

— Le docteur et Mme MAX-ANDRÉ VINCENT sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Geneviève*. (Beaune, 60, rue Thiers, 23 Novembre 1944.)

— Armel, Anne, Yvonne, Marie, Joseph, André, Paul, Henri PITOIS sont heureux de faire part de la naissance de leur petit frère *Yves*. (De la part du docteur PITOIS. Château-giron, le 10 Décembre 1944.)

Décès.

— On annonce le décès du Prof. CUNÉO, professeur honoraire de clinique chirurgicale, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

— On annonce le décès du docteur M. S. PONROY, médecin chef du centre maxillo-facial, décédé le 8 Décembre, 10, rue Bochart-du-Saron, Paris.

— On annonce le décès du docteur TRISTAN LUCCHETTI, tué à Bastia lors d'un bombardement aérien, frère du docteur LUCCHETTI, de Monaco.

— Le docteur BAUDET, professeur de clinique à l'école de Rennes et Madame ont la douleur de faire part de la mort de leur fils *Yves*, soldat de la division Leclerc, tué au front le 20 Novembre.

— On annonce le décès du docteur ANDRÉ COLPIN, d'Hirson, tué au camp de concentration de Compiègne le 9 Août 1944.

— On annonce le décès du docteur LIBESSART, de Paris.

— On annonce le décès, à Bayeux, du docteur RAYMOND ROUGEAN, médecin honoraire des hôpitaux psychiatriques.

— M. PIERRE MATHET, externe des hôpitaux, a la douleur de faire part du décès de son père M. LOUIS MATHET, survenu le 12 Décembre 1944, à Paris.

Soutenance de Thèses

Paris

THÈSES DE MÉDECINE

JEUDI 4 DÉCEMBRE. — M. Louche : *Formes complexes de paroplégies spasmodiques hérédo-syphilitiques tardives chez l'enfant.* — M. Marlingue : *Nouvelles données thérapeutiques sur l'emploi du plasma humain « Les petites injections de plasma ».* — M. Poissonnet : *La tuberculose trachéo-bronchique.* — Mlle Bliebtum : *Les tuberculoses cutanées après traumatisme du genou chez l'enfant.* — M. Weissenbach : *Kystes épidermiques et maladie de Duhring-Brocq.* — M. Le Bozec : *La sulfamidothérapie dans l'ulcère de cornée à hypopion.* — M. Lordez : *Joseph du Chesne, sieur de la Violet, médecin du roi Henri IV, chimiste, diplomate et poète.*

MERCREDI 13 DÉCEMBRE. — M. Alt : *Remarques sur le typhus dans un camp de prisonniers.* — M. Cornet : *A propos de quelques observations de syndrome de Debray-Looser-Milkman.* — M. Moulonguet : *Sur la maladie de Di Guglielmo ou érythromyélose maligne.* — Mlle Xau : *D'un cas de gangrène gazeuse après injections médicamenteuses.* — M. Duvelleroy : *A propos d'une épidémie familiale de botulisme.* — Mme d'Oblonsky : *L'oxyurose. Traitement. Les acquisitions récentes. A propos du syndrome de L.-Debray-Milkman.* — M. Barré : *L'infarctus de la trompe de Fallope.* — M. Simoni : *A propos d'un cas de gastrite allergique.* — M. Bureau : *Cor. Hygroma ostéite.* — Mlle Eckman : *L'hépato-splénomégalie dans la maladie de Biermer.* — M. Thomas-Lamotte : *A propos d'un aliment économiseur de lait.* — M. Girot : *Accident nerveux des avortements.*

THÈSE VÉTÉRINAIRES

MARDI 12 DÉCEMBRE. — M. Oriot : *L'indigestion du feuillet.* — M. Pouget : *La strongylose gastro-intestinale du mouton et de la chèvre.*

Montpellier

DIPLÔME D'ETAT

MARS 1944 — M. M. Simond : *Le dépistage de l'infection pesteuse dans la pratique coloniale.* — M. H. Breil : *L'échec de saint Jean d'Acre et l'épidémie de peste pendant la campagne de Syrie an VII* (1799). — M. J. Curnier : *Etude clinique et recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène des germes du genre alcaligène.* — Mlle J. Icard : *Recherches hémographiques et myélographiques chez les porteurs d'œdèmes d'origine carentielle.* — M. M. de Saint-Pastou de Bonrepeaux : *Sur un cas d'hémophibie traitée par la vitamine K.* — M. A. Castet : *Du pneumothorax extra-pleural chirurgical chez la femme enceinte tuberculeuse.* — M. J. Belotte : *L'expédition de Madagascar de 1894 à 1895. Considérations épidémiologiques.* — Mlle S. Mirouze : *Considérations graphiques et cliniques sur la ligne ST de l'électro-cardiographie.* — M. P. Lasternas : *Une épidémie de béribéri.* — M. G. Vincent : *Scorbut et premiers essais de colonisation française au Canada* (Jacques Cartier, Champlain). — M. A. Biscaye : *Ulcère gastro-duodénal et polycythémies.* — M. G. Vallat : *Les formes cachectisantes de l'encéphalite typhoïdique.* — M. V. Assayas : *Paralysies extensives tardives de la diphtérie.* — M. J. Lestage : *La fièvre boutonneuse dans la région toulonnaise pendant les années* 1941, 1942, 1943. — M. E. Imbert : *Le traitement des abcès du poumon par injection « in loco » de sulfamide soluble (étude clinique et expérimentale).* — M. J. Marmouget : *Contribution à l'étude de l'érythème noueux : primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte.* — M. H. Bonnet : *Contribution à l'étude du scorbut infantile.* — M. J. Rivemale : *Contribution à l'étude de la maladie de Gaucher.* — M. L. Bertrand : *Nosologie des leucoblastoses aleucémiques.* — M. H. Boujol : *Le syndrome de Raymond par lésion de la calotte protubérantielle.* — M. J. Massador : *La novocaïne intra-veineuse dans le traitement des dyspnées des cardiaques.* — M. J. Balley : *Contribution à l'étude de la dissociation auriculo-ventriculaire isorythmique.* — Mlle J. Dorne : *Le traitement continu des cardiaques.* — M. R. Fiamma : *Contribution à l'étude du traitement des anémies par un nouvel extrait hépatique injectable.* — M. C. Bottou : *A propos d'un cas de chorée de Sydenham arséno-résistante, rapidement guérie par le choc pyrétogène.* — M. J. Lagarde : *Contribution à l'étude de quelques formes de la tuberculose de l'encéphale en Afrique.* — M. J. Crutchard : *Forme fébrile pure d'abcès amibien du foie d'origine autochtone.*

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans LA PRESSE MÉDICALE *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*

Prix : 20 *fr. la ligne* (15 *fr. pour les abonnés*).

On désirerait vendre maison de retraite et repos environs imméd. de Paris, 30 pensionnaires, banl. sud-est. Propriété au milieu parc. Urgent. Ecr. *P. M.*, n° 842.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.* 846.

Infirmière diplômée, sér. référ., ch. direction clin. ou poste panseuse, anesthésie, Paris, province. Ecr. *P. M.*, n° 897.

Électroradiologiste disposant d'un matériel moderne cherche collaboration avec confrère ou clinique. Ecr. *P. M.*, n° 916.

Recherche les appareils suivants en bon état de fonctionnement : 1° radiothérapie pénétrante 200 kilovolts; 2° app. de radiodiagnostic à 2 ou 4 kénotrons. Ecr. *P. M.*, n° 933.

Visiteur médical s'adjoindrait pour banlieue parisienne second laboratoire. Excellentes références. Ecr. *P. M.*, n° 940.

Visiteuse médicale très active, bonnes références, s'adjoindrait second Labo. pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 944.

Radiologiste demande infirmière-secrétaire pour après-midi, avec ou sans quelques matinées. Téléph. ap.-midi : Carnot 29-27.

Recherche app. 6 p., 6e, 7e, 8e, 16e, 17e avec ou sans reprise. Ecr. *P. M.*, n° 950.

Docteur demande infirmière dipl. connaiss. manipul. radiologiques et secrétariat, si poss. sténo-dactyl. pour récept. client., direction et entretien cabinet médical. Logée, nourrie, tr. proche banlieue, sér. réf. exigées. Ecr. *P. M.*, n° 953.

Recherche lavabo roulant à pédale, un ou deux barillets, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 955.

Toutes traductions anglais-français, français-anglais, médicales et autres par personne expérimentée. Ecr. *P. M.*, n° 958.

Visiteur médical bien introduit, s'adjoindr. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 962.

Visiteur médical, fortes connaiss., ch. Labo. Ecr. *P. M.*, 965.

A vendre appareil photo. Leica. Ecr. *P. M.*, n° 975.

Phtisiologue, ex-assistant sana, cherche remplacement ou succession. Ecr. *P. M.*, n° 976.

A vendre appar. radiographie Massiot Radiosrat P. V. 4 1934, état de neuf. Ecr. Mme Alalinarde, Argenton (Indre).

Médecin petit retraité, bonne pratique radio-pulm., sér. connais. administr., cherche place adjoint assistant, associé ou secrétariat, inspection, contrôle, travail de bureau. Ecr. *P. M.*, n° 978.

Particulier vend bureau Louis XV, secrétaire et vitrine à bijoux (meubles anciens). Cumin, 9, rue de Nantes, Paris 19e.

Cause décès, à vendre matériel médical, instruments, table d'examen. Ecr. *P. M.*, n° 980.

Secrétaire sténo-dactylo expérimentée cherche travail à domicile ou secrétariat 1/2 journée. Ecr. *P. M.* n° 981.

A céder poste médical demi-repos av. possibil. d'extension, rég. agréable, à proxim. imméd. gde ville Midi. Ecr. *P. M.*, 982.

A vendre grandes bottes norvégiennes cuir fourrées mouton, excell. état. Ecr. *P. M.*, n° 983 ou tél. : Gob. 72-45.

Visiteurs ou visiteuses sont dem. r. régions, exclus, ou non. Faire offre détail. (réf. et prêt). Ecr. *P. M.*, n° 984.

Rev. littér. réserv. au corps médical accepte collabor. médecins et visiteurs (artic. dessins, etc.) Ecr. *P. M.*, n° 985.

L'Amicale Corporative des Agents Médicaux (Assoc. d'Entr'aide profession.), 12, rue La-Bruyère, Paris, tél. : Tri. 60.08, informe les Laborat. qu'elle met à leur disposit. un service chargé de l'organisation et de la surveillance de la prospection. Ecr. *P. M.*, n° 986.

Clinique achèterait tout matériel, mobilier et instrumentation chirurgicale. Offres Dr Boquet, Montayral (L.-et-G.).

Clinique chirurgicale sud-ouest cherche infirmières dont directrice expériment. Envoy. off. et référ. Dr Boquet, Montayral (L.-et-G.).

A vendre très belle propriété rapport et agrément Aveyron. Conviendrait parfaitem. mais. repos et centre préparation sérums pouvant entretenir cheptel important. Ecr. *P. M.*, n° 989.

Recherchons un microscope binoculaire et un microtome d'excellente fabrication, neuf ou d'occasion, en bon état. Faire offres à Sté Uclaf, 102, route de Noisy, Romainville (Seine).

J.F. vve de médecin, dem. empl. ch. réception, clientèle, tél. secrét. ou dans Labo ou clinique. Ecr. *P. M.*, n° 991.

J. Dame, présentant bien, initiative, dem. empl. laborantine ou ch. Dr journée ou demi. Secrét. dirig. int., récep. client. ou recher. expériment. Ecr. *P. M.*, n° 992.

Région St-Malo, cabin. médic. import. à céder. Reprise possible de partie d'instrum. et mobilier profess. Ecr. *P. M.*, n° 993.

Interne hôp. Paris cherche occupat. apr.-midi client. ou Labo. Ecr. *P. M.*, n° 994.

A céder pour médecin ou dentiste, dans banl. immédiate, local 3 pièces, eau, gaz, force, téléphone. Ecr. *P. M.*, n° 995.

Radiologiste qualifié possédant matériel 44 dem. poste dans clin. chirurgic. ou médic. Paris ou envir. Ecr. *P. M.*, n° 996.

Stomatologiste, ancienne externe des hôpitaux, cherche place opératrice Paris. Ecr. *P. M.*, n° 997.

A vendre en coffret microscope, revolver Rosenbaum à immersion, année 1934, parf. état, av. 3 objectifs et 2 oculaires permettant grossissement 1260 fois. Faire offres à Marcel Bultel, 4 *bis*, rue Puits-Commun, Mt-St-Aignan (Seine-Inf.).

Ancien externe des hôpitaux de Paris, 34 a., bonne prat. médic., ch. associat. medic. successions ou remplacem. à Paris. Ecr. *P. M.*, n° 999.

Docteur cherche infirmière diplomée d'Etat pour clinique chirurgicale en province. Sérieuses références. Dr Burgeat à Cosne (Nièvre).

Visiteur médical, réf. morale exc., présent. parfaite, 12 ans même Labo., très introduit, grande expérience, cherche autre Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 1.

Obligé venir habiter Paris, médecin, 35 ans, ayant exercé 7 ans province, cherche clientèle médicale Paris ou place assistant avec succession éventuelle. Ecr. *P. M.*, n° 2.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. THOMAS.

Imprimé à Bobigny (Seine).
L'administrateur provisoire, directeur technique :
ALFRED COROUGE, imprimeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées aux Périodiques, la Direction scientifique de La Presse Médicale *a dû fixer à 4 colonnes maximum l'étendue des mémoires originaux. Tout manuscrit dépassant cette étendue sera retourné à son auteur.*

LA VACCINATION AU MOYEN DE L'ANATOXINE TÉTANIQUE DES EFFECTIFS MILITAIRES SA GRANDE EFFICACITÉ DANS LA PRÉVENTION DU TÉTANOS PENDANT LA GUERRE

Par G. RAMON

Dès 1924, en mettant en évidence l'*anatoxine tétanique*, nous envisagions son emploi pour la vaccination contre le tétanos, des effectifs militaires.

« *Nous sommes persuadé dès maintenant*, écrivions-nous alors, *que l'anatoxine tétanique pourra être utilisée au début d'une campagne pour immuniser solidement et probablement pour toute la durée de cette campagne, les combattants. On leur évitera ainsi non seulement le tétanos, mais encore les injections répétées de sérum et les accidents sériques possibles* [1]. »

Dans les années qui ont immédiatement précédé la présente guerre, nous avons insisté à nouveau, dans une série de publications [2], sur les avantages que l'on était en droit d'escompter de la vaccination par l'anatoxine spécifique dans la lutte contre le tétanos, en cas de conflit armé. Ce conflit a éclaté et a pris des proportions sans précédent dans l'Histoire, entraînant pour les troupes belligérantes des risques de tétanos sans cesse accrus.

A différentes reprises, soit avant l'ouverture des hostilités, soit dès leur déclenchement, nous avons été interrogé par les autorités médicales compétentes de l'Angleterre, de l'Australie, du Canada, des Etats-Unis, de l'U. R. S. S., du Portugal, de Suisse, etc. Nous leur avons fourni toutes informations complémentaires désirables, sur la vaccination antitétanique, sur les avantages qu'elle comporte par rapport à la sérothérapie préventive, sur sa technique, sur les réactions de l'organisme que peuvent entraîner les injections d'anatoxine tétanique, sur la conduite à tenir en cas de blessure chez un sujet vacciné, etc. A cette dernière question, par exemple, nous avons pris la responsabilité de répondre : si le sujet a été sûrement et correctement vacciné, il n'y a pas lieu de faire une injection de sérum antitétanique mais seulement une injection de « rappel » d'anatoxine.

L'ESSOR ET LA PRATIQUE DE LA VACCINATION ANTITÉTANIQUE DANS LES EFFECTIFS MILITAIRES. — L'immunisation active au moyen de l'anatoxine tétanique avait donc suscité un grand intérêt à l'étranger. Aussi, aux approches de la guerre et dès son début, la méthode devait-elle prendre son plein essor. En effet, certaines nations entrant dans le conflit ou menacées d'y être engagées prenaient toutes dispositions pour assurer la protection permanente contre le tétanos, de leurs effectifs militaires, en mettant en œuvre l'anatoxine tétanique.

C'est ainsi que la pratique de la vaccination antitétanique a été systématiquement organisée dans l'*armée britannique*, y compris la R.A.F., dès 1939. Le soldat anglais reçoit 2 doses d'anatoxine à six semaines d'intervalle, puis une injection de rappel tous les ans [3]. Environ 90 pour 100 des sujets anglais mobilisés sont ainsi vaccinés. En cas de blessure apparente, il est fait une injection de sérum antitétanique (3.000 unités). Cette mesure est prise surtout pour préserver ceux des soldats qui ont refusé la vaccination, laquelle n'est pas obligatoire (aucune vaccination, on le sait, n'est obligatoire en Angleterre), ou qui lui ont échappé pour différentes raisons.

L'immunisation active par l'anatoxine tétanique a été également étendue aux troupes des *Dominions* ou des Possessions anglaises (Australie, Nouvelle-Zélande, Inde, Afrique du Sud, Canada, etc.). Dans l'armée canadienne, par exemple, la vaccination antitétanique est combinée à la vaccination antityphoïdique selon notre méthode des « vaccinations associées » au moyen de 3 doses de 1 cm^3 chacune, du mélange d'anatoxine tétanique et de vaccin TAB, à trois semaines d'intervalle [4]. Une injection de « rappel » est pratiquée chaque année, elle est répétée en cas de blessure.

La vaccination anatoxique contre le tétanos a été rendue obligatoire pour toute l'*armée américaine* [5]. Elle est réalisée à l'aide d'une technique calquée sur celle suivie en France depuis quinze ans, c'est-à-dire 3 doses (1 cm^3) d'anatoxine tétanique, à trois semaines d'intervalle. Une dose de rappel est donnée au bout d'un an ou immédiatement avant le départ pour la zone d'opérations. Détail très important : *en cas de blessure chez un sujet antérieurement vacciné, il n'est pas fait d'injection de sérum antitétanique mais une injection de rappel d'anatoxine spécifique* [6], cela conformément à nos propres prescriptions. L'injection de rappel d'anatoxine est également effectuée en cas de brûlures sévères ou avant une nouvelle intervention chirurgicale pratiquée longtemps après la blessure originelle. En somme, en toutes circonstances, on substitue l'injection d'anatoxine à l'injection de sérum antitétanique. Cette pratique en usage dans l'armée américaine a non seulement le grand avantage d'éviter les accidents sériques aux blessés [6 bis], mais encore elle les fait bénéficier de la supériorité manifeste de l'immunisation active par rapport à l'immunisation passive. En effet, comme nous l'avons établi et signalé maintes fois, alors que les injections successives d'anatoxine tétanique effectuées à des intervalles de temps plus ou moins longs rendent l'immunité active de plus en plus intense, de plus en plus solide et durable, par contre les réinjections de sérum laissent derrière elles une immunité passive qui devient chaque fois plus fragile et plus brève. Indiquons en passant que la vaccination antitétanique de même que le « groupe sanguin » sont signalés sur la *plaque d'identité* de tout soldat américain, en sorte que le chirurgien en présence d'un blessé sait immédiatement quelle conduite adopter, au double point de vue de la transfusion sanguine et de la protection contre le tétanos [6 ter].

En *Suisse*, sous l'impulsion des professeurs Silberschmidt et Mooser, de Zurich, la vaccination antitétanique a été effectuée au printemps 1940 [7] dans les troupes mobilisées de l'armée fédérale avec un mélange d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoïdique (préparé par nos propres soins) et selon la posologie que nous avions indiquée, soit 3 injections de 1, 2 et 2 cm^3, à quinze jours d'intervalle. Une injection de rappel a été prévue en cas de blessure.

De même qu'en Suisse, au *Portugal* l'armée a été vaccinée contre le tétanos, également selon la méthode des « vaccinations associées », au moyen d'un mélange d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoïdique.

Tels sont quelques-uns des renseignements parvenus à notre connaissance à ce jour [8] et relatifs à l'essor et à la pratique de la vaccination antitétanique par l'anatoxine dans les effectifs militaires. Ils montrent la confiance accordée, un peu partout dans le monde, à la méthode française d'immunisation contre le tétanos. Cette confiance devait être pleinement justifiée par les résultats obtenus au cours de la guerre, dans les conditions rigoureuses de celle-ci.

RÉSULTATS. — On sait qu'en France la vaccination antitétanique a été rendue obligatoire dans l'armée française en 1936. Elle est associée dans cette obligation aux vaccinations antidiphtérique et antitétanique, selon la méthode que nous avions mise au point, dès 1927, avec le précieux concours de notre regretté collaborateur et ami Chr. Zœller, du Val-de-Grâce. En 1939, les soldats de quatre « classes » avaient été immunisés contre le tétanos ; chaque soldat, rappelons-le, recevait à quinze jours d'intervalle 3 doses (1, 2 et 2 cm^3) du mélange d'anatoxine tétanique, d'anatoxine diphtérique et de vaccin antityphoparatyphoïdique TAB, et en outre une injection de « rappel » de ce même vaccin triple associé, un an après la vaccination initiale. Selon les informations que nous avons pu recueillir, aucun cas de tétanos dûment établi n'avait été enregistré, au cours de la campagne 1939-1940, parmi les soldats correctement et complètement immunisés, c'est-à-dire ayant été soumis à la vaccination et à l'injection de rappel. Mais le nombre de blessés durant cette campagne a été vraiment trop réduit pour qu'on puisse tirer de ces résultats une conclusion ferme et définitive quant à l'efficacité de la vaccination antitétanique dans ces conditions [9].

Cette démonstration de l'efficacité de l'immunisation active contre le tétanos au moyen de l'anatoxine tétanique devait nous être apportée à la suite des opérations effectuées durant cinq années sur les différents théâtres de la guerre [10].

Il a été signalé, en premier lieu, que durant la campagne des Flandres en 1940, il y eut 8 cas de tétanos parmi 1.800 blessés de l'armée anglaise qui n'avaient pas été vaccinés, alors que sur 16.000 blessés préalablemment immunisés il n'y en eut aucun. Boyd et Maclennan, qui rapportent ces

1. G. RAMON : *Paris-Médical*, 1924, n° du 6 Décembre ; *Annales Institut Pasteur*, 1925, **39**, 1.

2. Voir par exemple G. RAMON : *Annales de Médecine*, 1937, **42**, 358 ; *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1938, **64**, 715 ; *Bull. Acad. de Méd.*, 1939, **121**, 609 ; *La Presse Médicale*, 1939, n° 44, 877. *Le Mouvement Sanitaire*, 1940, **18**, n° 192. On trouvera dans ces publications les renseignements bibliographiques détaillés sur la question.

3. *War Office Army Med. Dept. Bullet.*, 10 Novembre 1942, n° 17, analysé *in Bull. of War Medicin*, 1943, n° 8, 473. D'après BOYD et MACLENNAN (*Lancet*, Décembre 1942, 745-749) la première injection de rappel est faite (à partir de 1942) six mois après la vaccination initiale.

4. A. H. SELLERS : *Canad. Public. Health*, 1942, **33**, n° 12, 575-587. Voir également *War Office Army Med. Dept. Bullet.*, Décembre 1942, n° 18 et D. T. FRASER, D. L. MAC LEAN et leurs collaborateurs : *Amer. Journ. Public. Health*, 1943, **33**, 1107-1114.

5. A. P. LONG : *Amer. Journ. Publ. Health*, 1943, **33**, 53-57 ; *Ibid.*, 1944, **34**, 27-33.

6. Après entente avec les autorités anglaises, les blessés américains et aussi les blessés canadiens soignés dans les services britanniques reçoivent une injection de rappel d'anatoxine tétanique au lieu de l'injection préventive de sérum.

6 *bis*. On sait que, comme nous l'avons montré avec Ch. ZŒLLER, l'anatoxine tétanique convenablement préparée ne provoque pour ainsi dire jamais de réactions locales ou générales.

6 *ter*. Etant entendu que si, par exception à la règle générale, le blessé n'avait pas été vacciné, il recevrait au lieu de l'injection usuelle d'anatoxine, une injection de sérum antitétanique.

7. Ordre du Général Commandant l'Armée Fédérale du 24 Janvier 1940. Voir également R. REGAMEY et A. GRUMBACH : *Schweiz. Med. Woch.*, 1941, **71**, 463.

8. Nous n'avons aucune nouvelle récente concernant l'application de notre méthode dans l'Armée de l'U.R.S.S. Mais nous savons tous les efforts faits antérieurement à la guerre par nos collègues russes pour l'organisation de la vaccination par l'anatoxine tétanique dans leur pays. Voir à ce propos : Congrès des Chirurgiens de l'U.R.S.S., *Sovetski Vratchebni Journ.*, Janvier 1939, n° 20. Voir aussi MIKHAILOVA et WELIKANOW : *Revue d'Immunologie*, 1936, **2**, 26 ; *Chirurgica*, 1937, n° 4, 1.

9. Cependant cette efficacité nous l'avions démontrée à la suite de l'expérimentation que nous avons poursuivie avec P. DESCOMBEY et elle avait été confirmée par la mise en pratique de la méthode chez les animaux domestiques et chez le cheval en particulier. *Rev. d'Imm.*, 1938, **4**, n° 5.

10. Voir notre communication préliminaire : *Bull. Acad. de Méd.*, séance du 26 Septembre 1944.

11. J. S. K. BOYD et J. D. MACLENNAN : *Lancet*, Décembre 1942, 745-749 ; *Ibid.*, 757-758.

faits en 1942, après Schumacker et Lamont [12], mentionnent en outre que dans le Moyen-Orient, parmi les troupes bien immunisées du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Inde, la fréquence du tétanos pour 1.000 blessés a été de 0,13. Dans les forces Sud-Africaines qui à cette époque n'avaient pas été immunisées d'une façon aussi précoce et aussi complète, la fréquence du tétanos était plus grande : 1,6 pour 1.000.

D'un autre côté, dans une publication datant de Janvier 1944, le major Long [13], spécialiste de la question, fait connaître que depuis l'adoption de la vaccination antitétanique dans l'armée américaine, il n'a été enregistré que 9 cas de tétanos en deux ans et demi ; aucun cas n'a été relevé après les blessures de guerre et seulement 2 ont été observés chez des individus chez lesquels la vaccination initiale était complète.

Ces différentes constatations sont donc en faveur de l'efficacité de l'immunisation active contre le tétanos. Cependant une démonstration plus convaincante encore de cette efficacité allait nous être fournie par les événements de guerre qui se sont déroulés en France à dater du 6 Juin 1944 [14].

A l'occasion des visites que nous ont faites dès leur arrivée dans notre voisinage, dans le courant du mois de Septembre dernier, un certain nombre de nos collègues américains, dont le major Long lui-même, nous avons appris que grâce à la vaccination antitétanique il n'y avait pas eu jusque-là de cas de tétanos parmi les soldats de l'armée américaine au cours de la bataille sur le sol de Normandie, lequel, soulignons-le, est particulièrement tétanifère, alors qu'il y en a eu de très nombreux cas parmi les Allemands blessés qui, eux, n'étaient pas vaccinés [15]. L'Allemagne, en effet, n'a pas appliqué, ou seulement sur une très petite échelle (à titre d'essai et sur le Front de l'Est seulement) la vaccination antitétanique issue de travaux français. Aussi, seule la sérothérapie préventive basée sur la découverte de Behring (1890) est-elle mise en œuvre par les médecins allemands chez leurs blessés, ce qui ne les protège pas toujours contre les risques de tétanos ; nous en avons aujourd'hui une preuve nouvelle en même temps que nous enregistrons un témoignage supplémentaire de l'infériorité de l'immunisation passive relativement à l'immunisation active.

Il y a quelques semaines, nous avons reçu une lettre de l'un de nos collègues anglais, le colonel Boyd, qui, comme nous l'avons signalé à plusieurs reprises dans nos publications [16], a introduit dans l'armée britannique la vaccination antitétanique. « Je suis sûr, nous écrit le colonel Boyd, qu'il vous intéressera d'apprendre que l'immunisation active contre le tétanos, au sujet de laquelle j'ai longuement correspondu avec vous, dans les années qui ont précédé la guerre, s'est montrée hautement efficace. La fréquence du tétanos, dans les troupes britanniques, est négligeable. Il n'y a eu jusqu'ici, à ma connaissance, qu'un seul cas de tétanos parmi nos soldats dans la présente campagne de France, tandis que parmi le nombre relativement faible d'Allemands blessés que nous avons soignés il y en a eu au moins 10 cas. »

Les résultats obtenus d'une part dans l'armée américaine, d'autre part dans l'armée anglaise, sont donc tout à fait concordants et concordent aussi avec ceux acquis dans notre armée, dans la première période du conflit actuel. Ils fournissent les preuves les plus évidentes, les plus indiscutables de l'efficacité de la vaccination contre le tétanos au moyen de l'anatoxine, et cela dans des conditions rigoureuses, celles de la guerre, ce qui ajoute grandement à leur valeur démonstrative.

Ainsi, de même qu'une méthode d'origine française, universellement adoptée et employée, arrache chaque année depuis vingt ans à la mort par diphtérie un nombre incalculable d'enfants dans le monde entier [17], de même une autre méthode, française elle aussi, fondée d'ailleurs sur les mêmes principes que la première et appliquée à des effectifs militaires portant sur des millions et des millions d'hommes, évite, depuis cinq années, de grandes souffrances et conserve la vie à de très nombreux combattants en les préservant du tétanos, maladie parmi les plus redoutables de celles que développe la guerre.

Les fermes espoirs que nous mettions, il y a vingt ans, dans l'anatoxine tétanique, au lendemain même de sa découverte, ont été réalisés et l'immunisation active contre le tétanos, au moyen de cette anatoxine, a rendu déjà et rend chaque jour les plus grands services à notre pays comme à ses alliés.

12. H. B. Schumacker et A. Lamont : *Surgery Gynec. a. Obst.*, 1942, **74**, 433-438.
13. A. P. Long : *Amer. Journ. Publ. Health.*, 1944, **34**, 27-33.
14. Déjà dans un article intitulé « Dieppe en rétrospectivo » (*Lancet*, 17 Avril 1943, 498-500, analysé *in Bulletin of War Medicine*, 1944, **3**, 647) J. A. Mac Farlane rapporte que sur 600 Canadiens blessés qui ont été traités dans les hôpitaux après le raid sur Dieppe, aucun n'a été atteint de tétanos. Ce fait, dit l'auteur, est dû sans doute à ce que tous les effectifs canadiens sont immunisés avec l'anatoxine tétanique.
15. Des cas ont été également signalés dans la population civile française non vaccinée, chez des sujets blessés lors des combats ou par suite des bombardements.
16. Voir par exemple : G. Ramon : *Bull. Acad. de Méd.*, 1939, **121**, 609 ; *La Presse Médicale*, 1939, n° 49, 981.
17. Voir à ce propos notre communication récente à l'Académie de Médecine (séance du 7 Novembre 1944).

ORIGINE DU SYNDROME HUMORAL DE L'ÉLECTRO-CHOC

PAR MM.

P. DELMAS-MARSALET, L. SERVANTIE et J. FAURE

(Bordeaux)

Le syndrome humoral de l'électro-crise convulsive, dont l'étude avait été amorcée en 1940 par Castellucci (glycémie) [1] et par Felici (hématologie) [2], n'est en réalité connu dans ses détails que depuis les remarquables travaux de Delay et Soulairac. La dénomination de « syndrome de Delay et Soulairac » pourrait être légitimement appliquée à l'ensemble des modifications sanguines et urinaires décrites par ces auteurs, lesquelles consistent en : hyperglycémie, hyperprotidémie, hyperlipémie, hyperchlorémie globulaire, acidose, hypercalcémie, hyperphosphorémie, hypokalémie, hyperleucocytose, oligurie avec hyperconcentration en urée, phosphates et chlorures [3].

Lorsque l'on envisage ces diverses modifications humorales et qu'on les rapproche des effets régulateurs exercés par les centres diencéphaliques, sur les métabolismes de l'eau, du glucose, des graisses, et sur la composition du sang en éléments figurés, l'idée vient naturellement à l'esprit d'imputer à l'excitation électrique du diencéphale les perturbations observées. Il n'est pas jusqu'à la perte de conscience que beaucoup d'auteurs, et nous-mêmes, attribuent à l'intervention d'un véritable « commutateur de la conscience » localisé par le diencéphale. Ainsi est née la « théorie diencéphalique » de l'électro-choc soutenue par J. Delay, théorie que renforce encore l'hypothèse de cet auteur sur une régulation thymique et noétique [4].

Un fait cependant, parmi bien d'autres, oblige à formuler des réserves. Dans le cas de l'électro-absence (infra-crise de notre terminologie) le courant d'électro-choc, capable de déterminer une perte de conscience et par suite d'actionner le diencéphale, détermine un nouveau syndrome humoral (décrit par Delay et Soulairac) comprenant de l'hyperglycémie, de l'hypoprotidémie légère, de l'alcalose, de la monocytose sans hyperleucocytose [5]. La moindre intensité du courant générateur de l'absence et même la notion de « seuils différentiels » ne peuvent expliquer le changement de sens de certains phénomènes (mutation de l'acidose en alcalose par exemple). Le fait que l'absence de convulsions distingue formellement « l'absence » de la « crise convulsive » attire l'attention sur le rôle possible de l'activité musculaire dans la genèse des modifications humorales. On ne peut également négliger *a priori* le rôle possible de l'apnée, capable d'intervenir par un mécanisme d'acidose gazeuse. L'émotion que déclenchent les préparatifs mêmes de l'électro-choc doit aussi être envisagée.

Nos travaux nous conduisent à reviser le rôle attribué au diencéphale dans la genèse des modifications humorales de l'électro-choc et à mettre en évidence l'influence énorme du travail musculaire représenté par les convulsions et même celui (beaucoup moindre) lié au « spasme électrique », phénomène initial de tout électro-choc, aussi bien dans l'absence que dans la crise convulsive. Notre démonstration ne saurait méconnaître que Montassut, Delaville et Sauguet avaient pensé, sans toutefois en fournir la preuve, au rôle des convulsions dans l'abaissement de la réserve alcaline, en vertu d'une hyperlactacidémie [6].

1° Le syndrome humoral de l'électro-choc convulsif existe dans l'épilepsie spontanée. — Les modifications humorales, après une crise d'épilepsie spontanée, sont formellement indiquées par Pagniez dans son bel ouvrage sur l'épilepsie [7] : élévation du pH sanguin (Jarloev), baisse de la réserve alcaline (Ballif et Reznic, Villiacian et Urra), hausse des protéines sériques et de la créatine (Wuth), augmentation de l'acidité urinaire (Wollmer et Serebrijski). Nous les avons retrouvées dans plusieurs cas d'épilepsie convulsive essentielle : chez un de nos sujets le CO_2 total du sang, dont la valeur ordinaire est de 60, tombait à 46,5 à la phase de stertor ; chez un autre sujet elle était de 54,2 cinq minutes après la crise. Dans un troisième cas les prélèvements faits respectivement vingt minutes, cinquante minutes et cent dix minutes après la crise donnaient des chiffres de 57,96/63,29/65,11 [8]. Si donc on prend soin d'effectuer des prélèvements immédiatement après la crise, l'acidose sanguine apparaît évidente. Tardivement il y a alcalose réactionnelle. Nous avons pu voir, également, que les urines prélevées une heure après la crise (le malade ayant bu un verre d'eau au sortir du coma) présentent un syndrome acidosique comparable à celui de l'électro-crise convulsive, et dont nous parlerons plus loin [9].

Il convient cependant de noter que la crise spontanée donne moins souvent que la crise électriquement provoquée les très fortes chutes de CO_2 total trouvées dans ce dernier cas. Ceci tient au fait que l'électro-crise est habituellement bien plus brutale que la crise spontanée, et que ses convulsions sont plus intenses. Dans le cas où l'on obtient électriquement une crise convulsive retardée, avec établissement plus progressif des convulsions, les variations du CO_2 total sont du même ordre que celles fournies par la crise spontanée.

Ainsi le fait de déclencher électriquement une crise épileptique n'introduit rien de nouveau dans le syndrome sanguin et urinaire de l'épilepsie. Ceci ne prouve pas encore que le diencéphale soit hors de cause, car le mécanisme qui détermine l'épilepsie spontanée pourrait fort bien consister dans une excitation du diencéphale, d'une qualité particulière analogue à l'excitation électrique de l'électro-choc.

2° Le syndrome humoral de l'électro-choc convulsivant est du même ordre que le syndrome humoral lié a tout travail musculaire. — Dans son *Traité de biochimie humaine*, Florkin [10] rapporte les importants travaux de Dill, Talbott et Edwards sur le travail musculaire. Ces derniers auteurs ont constaté la diminution des bicarbonates du sang (en relation avec l'hyperlactacidémie d'origine musculaire), la hausse des protéines plasmatiques, des phosphates et des chlorures. Ils établissent que l'exercice musculaire entraîne une augmentation des éléments figurés du sang, même chez des sujets splénectomisés. D'autre part, une hyperleucocytose variant de 34 à 123 pour 100 a

1 et 2. *Revista sperimentale di Frenatria*, 31 Décembre 1940, 523 et 513.
3. *Soc. de Biologie*, 26 Juin 1943, 25 Octobre 1943, 27 Novembre 1943 ; *Soc. médico-psychologique*, 24 Mai, 12 Avril, 28 Juin, 12 Juiller, 25 Octobre 1943 ; *Soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 2 Avril, 25 Juin 1943.
4. *La Presse Médicale*, 2 Octobre 1943.
5. *Soc. de Biologie*, 27 Novembre 1943.
6. *Soc. médico-psychologique*, 24 Mai 1943.
7. *L'épilepsie* (*Masson et Cie*, édit.), Paris, 1929.
8. *Soc. de Biologie de Bordeaux*, 8 Mars 1944 ; *Soc. médico-psychologique*, 27 Mars 1944.
9. *Soc. de Biologie de Bordeaux*, 10 Mai 1944.
10. *Maloine*, édit., Paris, 1943, 205, 210 et suivantes.

été vue par Julien Warter et Gounelle, avec augmentation des mononucléaires (fait trouvé par Felici dans l'électro-choc). Felici [2], faisant sienne l'opinion de Grawitz, pense que cette hyperleucocytose est le résultat de « l'expression » du muscle par les convulsions. L'hyperglycémie a été régulièrement trouvée par Rakestrow après un exercice bref et violent, tandis que l'urée et l'azote non protéidique ne varient pas.

L'oligurie du travail musculaire est bien connue, ainsi que l'hyperconcentration des urines en urée, acide urique et créatine.

Dill, Talbott et Edwards établissent que le travail musculaire détermine un transport d'eau du sang vers les tissus, qui explique l'oligurie, l'augmentation apparente des lipides et les modifications subies par divers ions (CO, NA, K).

Ajoutons enfin que le « phénomène d'obstacle » découvert par Donagio dans les urines des sujets soumis à un travail musculaire existe intensément dans l'électro-crise convulsive et l'épilepsie spontanée (Bartoloni [11]) ; notre élève Neuzil a pu confirmer ce point.

Il n'est donc pas un seul des éléments du syndrome humoral de l'électro-choc convulsif qui ne se retrouve dans le travail musculaire. En outre Dill, Talbott et Edwards ont montré que la consommation d'oxygène augmente d'autant plus que le sujet est moins entraîné, et ceci parallèlement à la baisse de la réserve alcaline et à la hausse de la lactacidémie. Ceci explique un fait noté par nous : ce ne sont pas toujours les sujets les plus musclés qui donnent les plus grandes perturbations humorales après électro-choc, mais, à musculature égale, ceux qui sont le moins préparés au travail physique.

3° Les convulsions épileptiques représentent le maximum de l'activité musculaire humaine. — L'utilisation de l'appareil de Benedict, chez des sujets dociles soumis à l'électro-choc, nous a permis de chiffrer le travail représenté par les convulsions d'une crise. Chez un sujet, dont le métabolisme basal est de 1.360 calories par vingt-quatre heures, le métabolisme déterminé par la consommation d'oxygène pendant une minute, après convulsions, fournit le chiffre de 10.000 calories par vingt-quatre heures. Le rapport métabolisme de travail/métabolisme de base, qui atteint 6 pour les travaux considérés comme extrêmement durs, atteint ici 7,3. Le chiffre de calories-minute qui était de 0,95 au repos passe dans un cas à 6,2 et dans un autre cas il varie de 0,86 à 7,3. La différence de 10.000 — 1.360 calories, soit 8.640 calories par vingt-quatre heures, donne par heure 361 calories c'est-à-dire 153.425 kilogrammètres-heure. Ce travail en kilogrammètres représenterait, en théorie, celui que fait un homme de 70 *kg.* qui s'élève de 2.191 *m.* en une heure : un pareil homme, s'il pouvait soutenir un pareil régime de travail, s'élèverait de Chamonix au sommet du Mont-Blanc en une heure quarante minutes...

4° Le syndrome humoral de l'électro-choc convulsivant touche directement au métabolisme du muscle. — L'étude systématique des urines entreprise par nous [9] montre, dans le cas d'électro-crise convulsive (le sujet ayant bu un verre d'eau après la crise pour éviter les effets de concentration urinaire), des différences profondes entre l'urine prélevée avant la crise et celle recueillie une heure après. Si nous rapprochons ces résultats des données fournies par l'examen du sang et la consommation d'oxygène nous pouvons à titre d'exemple fournir le tableau suivant relatif à un de nos sujets, homme de 52 ans, pesant 62 *kg* [12].

Electro-crise convulsive

Sang:

CO^2 total en centimètres cubes	avant la crise	61,5 cm^3
	15' après la crise	38,71 cm^3

Consommation d'oxygène:

En litres-minute	avant la crise	0,196
	après convulsions (1re minute)	1,283
En calories-minute	avant la crise	0,95
	après convulsions (1re minute)	6,2

Urines:

	Avant crise	Une heure après
pH	6,2	5,2
A. Organique en centimètres cubes N/10 pour 1.000	280	800
A directe en centimètres cubes N/10 pour 1.000	180	250
A formol	180	270
A totale	360	520
Urée en grammes pour 1.000	10,20	8,20
A. Lactique en grammes pour 1.000	0,180	0,594
Cœfficient d'acidose	28	100

Si nous ajoutons à ce tableau que, dans d'autres expériences, nous avons vu l'acide pyruvique urinaire passer, par exemple, de 100 à 440, il est facile de constater que la production intense d'acide pyruvique et d'acide lactique, l'acidose urinaire intense, la baisse CO^2 total du sang et l'énorme consommation d'oxygène du fait des convulsions apportent la preuve de l'origine musculaire du syndrome humoral de l'électro-crise convulsive.

5° Nature du syndrome humoral dans l'électro-absence — La plupart des cas d'électro-absence s'accompagnent d'hyperglycémie, d'hypoprotidémie légère, d'alcalose et de monocytose, sans leucocytose (Delay et Soulairac) ; dans quelques cas, cependant, une acidose légère peut être observée. L'explication de ces faits nous paraît être la suivante : le spasme musculaire généralisé et court qui marque le début de l'absence (spasme électrique) détermine un léger syndrome acidosique de type musculaire (baisse du CO^2 total de 1 à 2 cm^3, très légère hausse de la consommation d'oxygène). Cette acidose est rapidement suivie d'une alcalose de compensation. Il n'y a pas de transport d'eau du sang vers les tissus, donc pas d'hyperleucocytose de concentration ; la brusque expression de l'ensemble des muscles (spasme électrique) suffit cependant à chasser quelques monocytes, comme le pense Grawitz. En outre la réalisation d'un « simulacre d'électro-choc » nous a bien montré que, chez bien des sujets émotifs, il y avait une légère alcalose non gazeuse et de l'hyperglycémie. Habituellement l'alcalose émotionnelle l'emporte sur l'acidose du spasme électrique, au point de réaliser la formule de Delay et Soulairac ; même si elle ne l'emporte pas, l'acidose est si courte que les prélèvements sont souvent faits en période d'alcalose réactionnelle. Plus rarement l'acidose du spasme l'emporte sur l'alcalose émotionnelle et se révèle surtout dans les prélèvements précoces. De quatre à cinq minutes après le spasme électrique et les mouvements automatiques si fréquents dans l'absence, la consommation d'oxygène est inférieure à celle d'avant la crise et cela d'autant plus que le sujet reste immobile et inconscient. Quant à l'apnée elle peut, lorsqu'elle est prolongée dans certaines absences, entraîner une légère acidose gazeuse avec hausse de la réserve alcaline [13].

Comme on le voit, la théorie musculaire des modifications humorales liées à l'électro-choc convulsif et les faits relatifs au rôle de l'émotion, du spasme électrique et de l'apnée permettent d'expliquer toutes les variations humorales observées, sans aucune intervention du diencéphale ou de tout autre appareil nerveux. Nous ne dirons rien, pour l'instant, de l'hyperglycémie de la crise convulsive et de l'absence parce que le seul simulacre d'électro-choc peut l'engendrer.

Nous croyons devoir attirer l'attention des biochimistes sur le fait que l'électro-choc convulsif par la brusquerie et l'intensité du travail musculaire qu'il détermine constitue l'expérience de choix pour l'étude des chaînes chimiques d'activité et de réparation du métabolisme musculaire.

(*Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine de Bordeaux* [Prof. Delmas-Marsalet] *et Laboratoire de biologie de l'hôpital Saint-André* [M. Servantie].)

11. *Revista sperimentale di Frenatria*, 31 Décembre 1940, 531.

12. Pli cacheté déposé à la Société de Biologie de Bordeaux, 26 Juin 1944.

13. *Soc. médico-psychologique*, 27 Mars 1944; *Paris-Médical*, 10 Octobre 1943.

QUELS RÉSULTATS PEUT-ON ESPÉRER DE LA MÉTHODE DE MONALDI DANS LE TRAITEMENT DES CAVERNES TUBERCULEUSES ?

Par **H. JOLY**

Chirurgien du Centre sanatorial de Passy, Haute-Savoie.

Voici maintenant plusieurs années que les phtisiologues français traitent des cavernes pulmonaires par drainage et aspiration. Que peut-on attendre de cette méthode ?

Il est certain qu'elle n'a pas donné tout ce qu'on pouvait en espérer. Les résultats complets et solides sont rares, de l'ordre de 10 pour 100 d'après M. Dumarest et ses collaborateurs, encore faut-il remarquer que les malades ainsi traités ont été soumis à une cure sanatoriale stricte et prolongée; il est possible que certains résultats complets ne le demeurent pas à longue échéance.

La plupart des phtisiologues considèrent maintenant le drainage avec aspiration endo-cavitaire comme une méthode d'association à la thoracoplastie qu'elle peut précéder ou suivre.

Ce travail est basé sur notre expérience personnelle, sur 33 drainages cavitaires réalisés dans les différents sanatoriums du Plateau d'Assy de 1940 à 1943.

* * *

De cette statistique nous éliminerons 8 observations. Chez 4 malades il s'agissait de tuberculoses très graves, disséminées, et le traitement local de la caverne principale est resté sans action. Chez 2 autres la tuberculose, bien qu'encore localisée, revêtait également un type grave et un résultat local partiellement favorable n'a pu empêcher la dissémination des lésions. Enfin 2 malades ont été perdus de vue quelques semaines après un drainage ayant donné un résultat local satisfaisant.

Il reste 25 observations que nous diviserons en 2 groupes : 14 drainages réalisés d'emblée, 11 drainages réalisés après thoracoplastie.

1° Drainages cavitaires réalisés d'emblée. — Tous ces malades étaient porteurs d'une caverne de gros volume. Elle siégeait 11 fois dans le sommet et 3 fois dans la région rétro-hilaire.

Une première série comprend 8 malades chez lesquels le drainage a été poursuivi pendant un minimum de cinq mois en vue d'obtenir de cette seule méthode un résultat complet et durable.

Nous n'avons obtenu qu'une fois le résultat cherché: Encore y eut-il une phrénicectomie associée, nécessitée par des infiltrats de la base ; le résultat ne fut obtenu que tardivement et pénible-

ment, la caverne s'étant passagèrement réouverte après ablation de la sonde, par une cure sanatoriale stricte et très prolongée.

Les 7 autres malades eurent soit un résultat complet mais passager (3 cas), soit un résultat seulement partiel (4 cas). Tous ont eu une thoracoplastie, mais ces interventions tardives pratiquées après des mois de drainage ne donnèrent pas des résultats d'ensemble bien encourageants.

Il n'y eut que 2 résultats favorables. L'un fut obtenu par la résection des 5 côtes supérieures en un temps, en présence d'une réouverture cavitaire minime après résultat complet; quelques mois après l'intervention une collection purulente froide s'élimina sans incident par une fistulisation de la plaie opératoire. L'autre fut obtenu par résection de 6 côtes en 3 temps successifs; il s'agissait d'un évidement radiologique du sommet considérablement réduit de volume par l'aspiration; les 2 temps postérieurs furent pratiqués sonde en place, le temps antérieur après ablation de la sonde; ce dernier fut suivi d'accidents de défaillance cardiaque qui nous donnèrent de sérieuses inquiétudes.

Il y eut 3 résultats insuffisants, dans des circonstances identiques : cavernes très nettement influencées par le drainage mais se réouvrant largement après qu'on l'eut interrompu, thoracoplasties entraînant un affaissement transversal insuffisant et laissant persister une image cavitaire résiduelle.

Il y eut 2 décès post-opératoires qui, avec l'accident observé dans l'un des cas favorables, doivent faire poser la question du retentissement cardio-vasculaire néfaste des aspirations cavitaires de longue durée. Monaldi et Abello ont signalé des troubles de la petite circulation suivis d'asystolie aiguë. Les accidents que nous avons observés sont de même ordre : cyanose, dyspnée, troubles du rythme cardiaque, phénomènes pneumoniques de nature non tuberculeuse.

Ajoutons à cela que toutes ces thoracoplasties se heurtèrent à des difficultés techniques résultant du développement de la péri-pleurite. Le dépériostage fut souvent laborieux, les tissus voisins parfois sclérosés; il existait fréquemment de gros ganglions à la partie postérieure des espaces inter-costaux; les feuillets pleuraux étaient plus ou moins épaissis, rigides, et l'affaissement pulmonaire a pu demeurer réduit. Il est incontestable que la création à travers les parties molles d'un trajet septique entraînant le développement progressif d'un processus infectieux au niveau de la plèvre et des espaces péri-pleuraux, explique ces modifications locales et peut-être aussi la rétraction pulmonaire parfois insuffisante qui succède aux résections costales.

Une seconde série comprend 6 malades chez lesquels le drainage cavitaire a été suivi rapidement d'une thoracoplastie, le premier temps étant réalisé de vingt à cinquante jours après mise en place de la sonde.

Ces interventions précoces nous ont donné des résultats excellents dans tous les cas. Chez 2 malades présentant une très volumineuse caverne et des lésions péri-cavitaires multi-ulcérées nous avons pu pratiquer sans incident des résections costales étendues et obtenir des résultats palliatifs très intéressants. 3 observations de cavernes apicales sécrétantes et actives observées chez des malades peu résistants ont donné 3 résultats complets. Enfin une grosse caverne de siège rétro-hilaire traitée un mois après le drainage par la résection des arcs costaux postérieurs situés en regard a permis d'obtenir un résultat complet qui s'est maintenu malgré une intervention pour péritonite appendiculaire faite six mois après la thoracoplastie.

Chez tous ces opérés les phénomènes de péripleurite étaient peu développés ou nuls; aucun accident de défaillance cardiaque ne fut observé.

2° Drainages cavitaires réalisés après thoracoplastie. — Nous avons traité ainsi 11 malades présentant une image cavitaire résiduelle sous les réossifications.

Dans la plupart des cas la caverne était de volume réduite et plus ou moins aplatie par le collapsus chirurgical. Nous avons pu drainer des ulcérations n'ayant pas plus de 4 *cm* de long sur 2 de large.

Nous avons obtenu 6 résultats complets et persistants. Chez 2 malades les temps opératoires avaient dû être espacés en raison d'un incident post-opératoire et le collapsus lésionnel en avait souffert. Chez 2 autres il s'agissait de thoracoplasties faites à chaud en présence de lobites supérieures largement ulcérées; malgré un bon collapsus l'ulcération principale s'était réouverte secondairement sous les réossifications. Dans le dernier cas il s'agissait d'une grosse caverne de siège rétro-hilaire traitée par la résection des arcs costaux postérieurs situés en regard avec un résultat seulement partiel.

Un autre malade eut un résultat incomplet, bien que nettement favorable. Il s'agissait d'une caverne de moyen volume abaissée par une opération de Semb, lésion sécrétante. Après avoir réduit considérablement l'importance de l'expectoration par le drainage nous avons pu, lors d'un temps postérieur, réséquer une nouvelle côte et reprendre les réossifications, puis, lors d'un temps antérieur, réséquer les arcs para-sternaux et pratiquer une spéléotomie. Le résultat est actuellement excellent : expectoration très réduite, caverne disparue à la tomographie, fistule pariétale fermée.

Chez 2 malades le résultat a été nul, l'image cavitaire réduisant passagèrement son volume par rapprochement de ses bords. Dans ces 2 cas nous avons pratiqué ultérieurement une spéléotomie et avons constaté que la caverne était arrivée largement au contact de la plèvre, sans persistance de parenchyme sain sur cette partie de sa périphérie. L'un des malades est actuellement en très bonne voie de guérison. L'autre a succombé à des accidents d'asystolie droite, alors que la paroi cavitaire interne était détergée et bourgeonnante.

Il est certain que l'aspiration cavitaire ne peut agir que si la lésion demeure rétractile, c'est-à-dire entourée de parenchyme sain.

Enfin 2 drainages cavitaires faits au cours de thoracoplasties, les temps opératoires étant interrompus en raison de la gravité des lésions et de la mauvaise résistance générale du malade, ont abouti à des échecs.

* * *

A la suite de cette expérience portant sur trois années et sur 33 drainages avec aspiration cavitaire, nous concevons ainsi les indications de la méthode de Monaldi.

Le drainage cavitaire réalisé d'emblée nous semble s'imposer chaque fois qu'il existe dans le poumon une caverne volumineuse. Il s'impose tout particulièrement lorsque la lésion est active et très sécrétante, ou lorsque la valeur fonctionnelle de l'appareil respiratoire est réduite et qu'il importe de conserver le plus possible de parenchyme sain.

Il y a pour lui 2 avantages. Tout d'abord il donne une grosse sécurité opératoire, tandis que la thoracoplastie réalisée d'emblée en présence de ces grosses cavernes n'est pas sans comporter des risques; les résections costales secondaires faites dans des conditions que nous allons préciser, sur une caverne détergée et dont les produits de sécrétion sont aspirés par la sonde, sont beaucoup plus bénignes. Ensuite il permet de limiter l'étendue de la thoracoplastie d'économiser une ou deux côtes; si la caverne est de siège rétro-hilaire il suffit de réséquer 3 arcs costaux situés en regard de la lésion : intervention très peu mutilante tant au point de vue statique que fonctionnel.

Mais il ne faut donner au drainage que la valeur d'une méthode préparatoire et compléter vite le résultat par des résections costales. C'est une erreur que de continuer l'aspiration pendant des mois et d'en espérer un résultat complet durable : l'expérience prouve que ceux-ci sont exceptionnels et qu'en attendant on compromet le résultat définitif; même si un résultat passagèrement complet est obtenu en quelques semaines, il faut pratiquer une thoracoplastie et l'entreprendre dans un délai de un à deux mois. Les thoracoplasties précoces donnent de bons résultats tandis que les thoracoplasties tardives se heurtent à 2 écueils : d'une part le développement de l'infection péri-pleurale, d'autre part la fatigue du cœur droit.

Nous ne pensons pas que la présence de lésions secondaires dans le parenchyme péri-cavitaire doit faire éliminer systématiquement le drainage. Si l'aggravation des lésions secondaires a été souvent observée après des drainages prolongés, nous ne l'avons pas constatée dans nos observations de thoracoplasties précoces.

Le trajet pariétal de la sonde ne constitue pas un obstacle opératoire, tel qu'il puisse restreindre les indications de la méthode. En présence des grosses cavernes du sommet nous plaçons la sonde en avant, dans la partie interne du premier espace intercostal; nous pratiquons d'abord la résection de 5 ou 6 arcs postérieurs en deux temps latéro-vertébraux; nous terminons, après ablation de la sonde, par un temps antéro-externe comprenant la résection des arcs externes des 3e et 4e côtes par une incision axillaire, puis la résection des arcs antérieurs des deux premières côtes et de l'orifice cutané du drain par voie trans-pectorale, limitant ainsi l'étendue de la plaie septique; en saupoudrant de sulfamide, on évite toute suppuration grave et on n'observe qu'un écoulement passager de liquide séreux. En présence des grosses cavernes de siège rétro-hilaire nous plaçons la sonde par voie axillaire, donc en dehors de la plaie opératoire; les résections costales ne sont en rien gênées.

Le drainage des cavernes résiduelles sous thoracoplastie réalise la méthode de choix, donnant des résultats à peu près constants et durables chaque fois que la caverne demeure entourée de parenchyme sain.

A l'opposé des autres interventions complémentaires telles que reprise des réossifications, pneumolyse, spéléotomie, c'est une méthode simple et sans dangers.

La solidité des résultats s'explique par le fait que l'aspiration provoque la réexpansion du parenchyme affaissé par les résections costales et non la surdistension de parenchyme demeuré aéré, peut-être aussi par une occlusion de la bronche de drainage résultant de sa coudure, tandis que la persistance de la perméabilité bronchique est la règle lorsque le drainage est réalisé d'emblée.

Un drainage d'action insuffisante n'est pas inutile parce qu'il déterge la paroi cavitaire interne et prépare utilement la lésion en vue d'une intervention d'action plus efficace telle qu'une spéléotomie.

* * *

La méthode de Monaldi mérite donc de prendre place dans notre arsenal thérapeutique.

Elle est susceptible de rendre de grands services à la condition de ne pas lui demander plus qu'elle peut donner.

Elle permet de compléter utilement l'action des résections costales en présence de deux types de lésions qui, jusqu'ici, ne guérissaient que rarement : les très grosses cavernes, les cavernes résiduelles sous thoracoplastie.

MOUVEMENT CHIRURGICAL

LÉSIONS INTERNES PAR EFFET EXPLOSIF

(BLAST INJURY)

Le syndrome du « Blast Injury » c'est — transposé à l'échelle de la guerre totale — le « vent de l'obus ». Mot à mot, « Blast Injury » veut dire lésion par souffle, mais en réalité ce que les Anglo-Saxons décrivent sous ce nom, c'est l'ensemble des lésions de concussion provoquées par les trains d'onde résultant de l'explosion des projectiles à grande puissance dans l'air et dans l'eau.

Si le mot est nouveau, le syndrome ne l'est donc pas, mais le développement des explosifs puissants en a multiplié les exemples, a permis d'en faire une étude plus précise, de décrire, à côté des lésions plus ou moins connues (blast pulmonaire et auditif), des lésions à peu près ignorées (blast abdominal), d'identifier une nouvelle catégorie de

victimes d'effets explosifs : les naufragés surpris dans l'eau par une explosion (blast immersion).

C'est Mott en 1916 qui semble le premier avoir reconnu l'intérêt de ces lésions. Depuis 1939 de nombreux travaux leur ont été consacrés, les principaux sont ceux de Williams, Zuckerman, de Clark et Ward, de Breden, d'Abreu et King.

Les effets explosifs sont différents dans l'air et dans l'eau.

Dans l'air, une explosion produit un accroissement de pression formidable dont l'énergie se dissipe en deux éléments :

Une vague de pression suivie d'une vague de succion.

Un vent très puissant, mais très vite tombé, qui souffle en toutes directions.

La puissance de ces effets diminue très rapidement : la pression de 5 à 8 tonnes par pouce carré à la gueule du canon tombe à 3 livres 15 mètres plus loin. Cette pression de 3 livres par pouce carré paraît être la pression minima pour causer des lésions humaines (Williams).

On voit donc que l'effet explosif est à très courte portée, encore faut-il faire une place au facteur ventilation : l'explosion en milieu clos est beaucoup plus dangereuse qu'en plein air.

On a beaucoup discuté laquelle des deux vagues de pression et de succion était responsable des lésions.

Pour Hayward, c'est la vague de succion qui agirait et Latner, soumettant des souris à des dépressions, a observé des lésions semblables à celles du blast.

Pour Krohn, Whitteridge et Zuckerman, la vague de pression agirait. En effet, si on expose à un souffle explosif un lapin placé dans un cylindre d'acier et si ne laissant dépasser que la tête on réalise, grâce à un plâtre cervical, un ajustage précis et étanche à l'air du cou avec l'orifice du cylindre, on constate qu'il ne présente pas les lésions habituelles du blast, bien qu'il soit soumis aux conséquences possibles de la succion par le nez et la bouche.

Un autre argument en faveur du rôle de la pression est la fréquence avec laquelle on trouve dans les blast pulmonaires mortels l'empreinte des côtes sur les poumons lésés.

Pour Williams, les deux facteurs pression et succion peuvent jouer.

Dans l'eau, l'onde est transmise et peut agir à beaucoup plus grande distance sur un corps immergé. La vague de compression primaire chemine à la vitesse du son dans l'eau — 1.600 *m.* à la seconde à 15° (Williams).

Qu'elle soit aérienne ou liquide, la force explosive agit électivement sur certains organes. Les os et les parties molles sont respectés, les viscères solides (foie, rate, rein) ou à contenu liquide (vessie, bassinet) sont peu touchés, ce sont essentiellement les viscères à contenu gazeux qui sont lésés (poumons, tube digestif).

Le rôle du gaz, éminemment compressible, est évident. Le poumon va être tout particulièrement lésé, car l'air alvéolaire et bronchiolaire, comprimé par la vague de pression thoracique, ne peut s'échapper assez vite par les bronches et la glotte.

En clinique humaine on peut, suivant l'importance relative des lésions, distinguer trois grands types de blast :

Le blast généralisé immédiatement mortel.

Le blast thoracique avec lésions pulmonaires.

Le blast abdominal avec lésions du tube digestif.

Il faut toutefois souligner d'emblée que les lésions pulmonaires sont constantes et que le blast abdominal est en réalité un blast abdomino-thoracique.

Un quatrième type de blast est très fréquent et très souvent associé aux autres, mais a un intérêt moindre : c'est le blast auditif.

Enfin, récemment, on a individualisé le blast cérébral.

Le blast mortel est dû à la violence de l'explosion et à sa proximité immédiate.

Breden, d'Abreu et King, Palma et Uldall ont signalé que les explosions dans l'air donnaient surtout des blasts pulmonaires, et les explosions dans l'eau des blasts abdominaux. Clark et Ward n'ont pas retrouvé cette prédominance abdominale dans les expériences qu'ils ont faites sur des animaux immergés ; les lésions pulmonaires étaient constantes, et constituaient la cause la plus nette de la mort. Si, chez les naufragés, le blast abdominal paraît le plus fréquent, c'est — pour ces auteurs — parce qu'on ne voit que les survivants, on ne voit pas ceux qui sont morts de leurs lésions pulmonaires immédiatement, ou qui avec des poumons dangereusement atteints n'ont pu se maintenir à flot, se hisser sur un radeau.

Peut-être, cependant, dans quelques cas la protection de la ceinture de sauvetage, la nage, la poitrine partiellement hors de l'eau, expliquent-elles la relative immunité thoracique de quelques naufragés.

Les expériences de Williams ne corroborent pas cette hypothèse, car en protégeant alternativement le thorax et l'abdomen d'animaux, soumis à des effets explosifs, il a constaté que les lésions pulmonaires étaient paradoxalement plus marquées chez les animaux à thorax protégé, ce qui prouverait l'importance du coup de bélier diaphragmatique, encore attesté par la prédominance des lésions sur les lobes inférieurs. Au contraire, les expériences sur des chèvres de Cameron, Short et Wakeley ont montré des lésions pulmonaires plus marquées quand le thorax et l'abdomen étaient immergés que lorsque l'abdomen était seul immergé.

D'autres facteurs peuvent jouer pour expliquer la prédominance des lésions dans l'air ou dans l'eau : l'état d'inflation ou de déflation pulmonaire, le spasme glottique, la posture, le relâchement ou la rigidité de la paroi abdominale lors de la surprise du blessé par la vague de pression.

Physiopathologie du blast. — L'expérimentation a permis à Williams, Krohn, Whitteridge et Zuckerman, Clark et Ward, de reproduire toutes les lésions de la clinique humaine et de préciser la physiopathologie des troubles observés.

Blast généralisé immédiatement mortel. — La violence du souffle explosif peut être telle qu'elle amène à une mort instantanée, ou presque. Déjà au cours de la première guerre mondiale, on avait été frappé de trouver sur le champ de bataille des sujets morts sans aucune lésion externe apparente. Bon nombre de ces morts ressortissent au blast, et dès 1916 Mott incriminait la transmission de la compression thoracique aux centres nerveux et médullaires par l'intermédiaire du liquide céphalorachidien.

En réalité, dans ces morts par blast que l'expérimentation a facilement reproduites, les lésions à type d'hémorragie capillaire sont généralisées, mais prédominent toujours dans les aires thoraco-abdominales.

Les lésions de concussion cérébrale ne paraissent pas responsables de la mort.

Clark et Ward ont montré que si on immerge partie ou totalité de la tête d'un animal au voisinage d'une explosion, on n'observe pas — même si on fore un trou de trépan — des lésions de concussion cérébrale.

Wilson et Cumbridge ont pu faire des constatations complètes sur 18 morts par blast, trouvés à l'entrée d'un abri à Malte, après l'explosion à proximité d'une bombe de 500 kg. Tous présentaient des hémorragies pulmonaires bilatérales et des ecchymoses étendues sous-pleurales; les alvéoles étaient pleines de sang, les capillaires alvéolaires dilatés.

Dans 6 cas, il y avait des hémorragies interstitielles abdominales et, dans un cas, une rupture de l'aorte. L'embolie gazeuse, toujours difficile à mettre en évidence, peut jouer un rôle important dans le déterminisme de la mort.

Ces cas sont sans intérêt clinique, mais peuvent poser des problèmes de diagnostic médico-légal, car l'explosion peut tuer par d'autres mécanismes. La mort peut être due à l'asphyxie par les gaz de fumée, par inhalation massive de poussière, ou surtout par l'oxyde de carbone. Hadfield, en effet, a constaté que 25 pour 100 des sujets morts de blast avaient une saturation du sang par l'oxyde de carbone variant de 50 à 75 pour 100.

La mort subite peut encore être due à l'inhibition (shell shock) ou à une embolie graisseuse.

Blast pulmonaire (lung blast). — On connaît bien maintenant par les autopsies de sujets accidentés les lésions anatomiques de blast pulmonaire.

Les lésions sont dans la règle bilatérales, prédominant souvent sur le poumon droit (Williams). L'apex est respecté et le maximum des lésions siège sur les lobes moyen et inférieur, surtout au voisinage du dôme diaphragmatique et la plèvre costale. Les poumons portent souvent les empreintes des côtes, parfois même bordées d'une zone d'emphysème.

L'hémorragie capillaire est constante. Il y a du sang dans les alvéoles et entre les alvéoles. Les alvéoles sont distendues et rompues.

Parfois, les bronchioles et bronches de dernier ordre sont rompues; la rupture des alvéoles peut entraîner l'issue de mucus dans les bronches avec obstruction et atélectasie.

Les lésions sont évolutives : sur les sujets morts après un certain délai, on trouve des infiltrats hémorragiques plus abondants que sur les sujets morts plus précocement. Sur les sujets morts tardivement, on trouve de véritables blocs pneumoniques.

Les sujets porteurs de lésions de blast pulmonaire présentent un état initial de shock assez marqué, qui s'accompagne de dyspnée, de cyanose.

Souvent il y a de petites hémoptysies, la douleur est vive. O'Reilly et Gloyne en distinguent deux types :

La douleur thoracique pure, douleurs centrales profondes, peut-être dues à une hémorragie médiastinale.

La douleur thoraco-abdominale : douleurs plus superficielles dues à une hémorragie sous-pleurale.

Il faut en tout cas retenir la fréquence avec laquelle les sujets atteints de blast pulmonaire pur souffrent de l'abdomen.

Roberts insiste sur le fait que les symptômes fonctionnels peuvent n'apparaître qu'après un intervalle libre de quarante-huit heures.

Les signes physiques sont assez variables et indécis : zones irrégulières de matité ou au contraire d'hypersonorité, petits râles crépitants.

La radiographie apporte des renseignements précieux et précoces.

On trouve disséminées dans les deux poumons des opacités. Westermack en a observé deux types principaux de répartition : dans le premier, les taches de la taille d'un grain de riz à un pois sont réparties irrégulièrement dans les deux poumons; dans le second, elles suivent la coulée des vaisseaux et des bronches, réalisant un aspect de branchage portant des baies plus ou moins grosses. On peut encore observer de grandes opacités irrégulières et même des opacités massives en forme de coin du type atélectasique.

Ce qui est très spécial, c'est que ces aspects radiologiques varient d'un jour à l'autre.

L'évolution des accidents est très variable. Les cas très graves meurent en deux à trois jours, au milieu d'un syndrome asphyxique qui rappelle parfois celui de l'œdème pulmonaire. D'autres cas s'infectent et se compliquent de congestion, de pneumonie, de pleurésie ; la plupart des cas qui ne sont pas immédiatement mortels évoluent vers la guérison en deux ou trois semaines.

Le traitement est surtout temporisateur : le repos, la morphine, l'administration d'oxygène sont seuls de mise. Il faut absolument rejeter la respiration artificielle qui risque d'aggraver les lésions hémorragiques. L'importance du repos complet est bien illustré par cet exemple de Williams : 7 naufragés soumis dans l'eau à une vague explosive parviennent à gagner la rive : l'un d'eux épuisé doit être porté par ses six camarades jusqu'à une ambulance. Seul il survit. Les 6 autres meurent. Si le blessé est shocké, il ne faut pas lui administrer des sérums qui risquent de déclencher un œdème pulmonaire, mais lui infuser du plasma à dose modeste.

Si au point de vue chirurgical le blast pulmonaire ne présente pas un grand intérêt direct, il n'est pas moins très important à connaître, car

un sujet atteint de blast peut présenter d'autres lésions qui requièrent un traitement chirurgical. Or, le blast pulmonaire est une contre-indication absolue à toute anesthésie par inhalation et, pour nous, à toute anesthésie intraveineuse. Roberts conseille de différer toute intervention jusqu'à ce qu'on soit assuré que les effets du blast ne sont pas progressifs.

Blast abdominal. — Le blast abdominal a un intérêt plus direct pour le chirurgien auquel il pose des problèmes clinique et thérapeutique très difficiles à résoudre.

Les lésions abdominales du blast résident essentiellement dans des hémorragies capillaires digestives sous-séreuse et sous-muqueuse ; elles siègent avec prédilection sur le cæcum et la fin de l'iléon, mais peuvent siéger sur l'estomac. Elles sont diffuses. Dans la grande majorité des cas, le blast abdominal se borne à ces lésions.

A côté de ces lésions qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale, on peut observer des lésions digestives qui la requièrent impérieusement : celles-ci peuvent être des ruptures immédiates dues à l'éclatement d'une anse mise en tension, rupture en général perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'intestin, ou encore des perforations rétardées dues à l'évolution des lésions ischémiantes.

Sur 100 cas, Cameron, Short et Wakeley ont dû en opérer seulement 20. Ils ont trouvé 9 fois le cæcum perforé, 7 fois le grêle et 4 fois des perforations multiples. Martin a opéré une perforation isolée du rectum. Certaines perforations peuvent passer inaperçues et guérir spontanément, témoin le cas de perforation du jéjunum découverte tardivement par Pugh et Jensen à l'occasion d'une intervention pour volvulus.

Ce qui fait toute la difficulté du problème clinique c'est que ces lésions chirurgicales et non chirurgicales sont très difficiles à différencier précocement, car au début elles ont la même symptomatologie.

C'est cette symptomatologie qui individualise le syndrome de blast abdominal.

Les deux signes essentiels en sont la douleur et la contracture musculaire qui, toutes deux, sont diffuses. A ces signes peuvent s'ajouter une hématémèse ou un mélæna.

Ces signes peuvent se voir aussi bien avec une lésion perforante qu'avec une lésion non perforante. La rigidité pariétale n'a nullement ici la valeur d'un impératif opératoire catégorique et nous trouvons là une exception à son interprétation habituelle avec laquelle nous a déjà familiarisés l'étude des hématomes rétropéritonéaux des ruptures du rein ou des fractures du bassin. Bien plus, la douleur et la contracture peuvent se voir en dehors de toute lésion abdominale, car on l'a observée dans des blasts thoraciques purs, avec hémorragies dans les espaces intercostaux. Ceci n'est vrai que des symptômes constatés immédiatement après le shock; au contraire, une contracture apparue secondairement sur un ventre initialement souple reprend toute sa valeur symptomatique courante.

Le mélæna est un signe fréquent (82 pour 100 des 80 cas non opérés de Cameron, Short et Wakeley) et qui peut persister des mois. L'hématémèse est plus rare (14 pour 100). Ni l'un ni l'autre ne constituent des indications opératoires. Les perforations retardées peuvent donner des péritonites généralisées ou localisées (abcès sous-phrénique ou pelvien).

La radiographie abdominale sans préparation devrait apporter une aide précieuse au diagnostic : la constatation d'un pneumopéritoine signant la solution de continuité du tube digestif. Mais Theis prétend qu'on peut voir guérir sans intervention des blessés ayant présenté de l'air sous le diaphragme. Il s'agit sans doute, dans de tels cas, de fissuration microscopique, mais pour nous la constatation d'un pneumopéritoine constituerait une indication opératoire formelle. On conçoit le dilemme dans lequel on est souvent enfermé :

Attendre l'évolution et n'opérer que sur les signes de péritonite débutante avec des chances minimes de succès ;

Opérer précocement et risquer une laparotomie, soit complètement inutile, soit insuffisante si on ne traite pas une lésion destinée à se perforer ultérieurement.

Ce dilemme est d'autant plus sérieux qu'une opération inutile est souvent très dangereuse, car comme nous l'avons déjà signalé, le blast abdominal s'accompagnant toujours de blast pulmonaire, le blessé est très fragile.

Wakeley prétend qu'il vaut mieux « look and see » que « wait and see ».

Theis, au contraire, estime qu'il vaut mieux attendre et voir, car 9 fois sur 10 il s'agit de lésions non perforantes.

Nous croyons que l'on peut retenir de cette discussion qu'il ne faut pas prendre de décision immédiate, mais suivre d'heure en heure le blessé et, si la douleur ou la contracture marquent une tendance nette à l'extension et à l'aggravation, opérer.

Peut-être pourrait-on essayer aussi les infiltrations splanchniques et, jusqu'à plus ample informé, estimer qu'une contracture persistante après infiltration est une indication opératoire.

Si on décide d'opérer, le choix de l'anesthésie est très délicat en raison des lésions pulmonaires concomitantes. Toute anesthésie par inhalations est formellement contre-indiquée, sauf peut-être le protoxyde avec oxygène. L'anesthésie au penthotal, quoique admise par certains auteurs, nous paraît dangereuse en raison de la réduction du parenchyme fonctionnel pulmonaire.

La rachianesthésie est encore peut-être l'anesthésie la moins dangereuse si la tension artérielle du sujet l'autorise. L'anesthésie péridurale, entre des mains expertes, trouverait l'une de ses indications de choix.

Le pronostic du blast abdominal est variable suivant la nature des lésions. Pinnock et Wood ont observé 4 morts sur 5, 2 sont morts sans intervention, 2 sont morts après intervention décidée sur des signes de péritonite; l'un avait une perforation du transverse, l'autre 7 perforations du grêle et une gangrène secondaire d'une anse iléale. Breden, d'Abreu et King, sur 10 cas, ont noté 7 guérisons sans intervention, 2 après intervention tardive pour abcès résiduel, 1 mort après intervention semi-tardive pour péritonite par perforation de l'iléon. Sur 100 cas, Cameron, Short et Wakeley ont observé 80 cas guéris sans intervention et 20 cas nécessitant une opération, avec 50 pour 100 de mortalité. Gill et Hay, sur 15 cas non opérés, ont eu 4 morts.

Blast auditif. — La rupture du tympan est une lésion si commune chez les blessés par souffle explosif qu'on peut la considérer comme un des signes permettant de rattacher au blast un cas d'étiologie douteuse. Elle se manifeste par une douleur en coup de couteau, suivie de tintements ou de la perception d'un son de tonalité élevée.

L'audition est réduite. Les vertiges sont d'observation rare.

A l'examen otoscopique, on constate généralement dans la moitié antérieure une perforation linéaire, ou plus souvent angulaire avec lambeau.

Dans les cas favorables, la guérison survient en trois semaines. Le gros risque est l'infection, soit infection légère laissant des adhérences de l'oreille moyenne avec diminution permanente de l'audition, soit infection grave avec tous les signes et toutes les conséquences possibles d'une otite sévère.

Il faut s'abstenir de tout lavage dans les cas non infectés, où Alexander conseille la pulvérisation de sulfamides dans l'oreille moyenne.

On a signalé également quelques cas de concussion labyrinthique avec troubles de l'audition, sans rupture tympanique (Alexander).

Notons enfin qu'on a signalé quelques cas de blast oculaire associé, entraînant des hémorragies conjonctivales bénignes ou rétiniennes plus sérieuses.

Blast cérébral. — Les lésions cérébrales par « blast injury » ont été longtemps méconnues.

C'est à Abbott, Due et Nosik qu'on doit de connaître la relative fréquence d'une complication cérébrale du blast, l'hématome sous-dural dont ils ont réuni 37 cas. Ils en ont donné en même temps les caractéristiques cliniques. Après une explosion dans l'air ou dans l'eau, le sujet présente une perte de conscience passagère.

Progressivement on voit s'installer un syndrome neuro-psychiatrique caractérisé par des céphalées, une perte de l'idéation et de la mémoire, un facies absent et un peu anxieux.

Dans 20 pour 100 seulement des cas, on trouve des signes neurologiques : stase papillaire, parésie faciale, mono- ou hémiparésie, crises convulsives, troubles réflexes.

L'électroencéphalogramme montre une dysrythmie et le pneumoencéphalogramme un aplatissement du cortex, un défaut de remplissage des espaces sous-arachnoïdiens généralement dans l'aire fronto-temporo-pariétale. Dans 3 cas, il existait une distension ventriculaire.

Abbott et ses collaborateurs ont opéré ces 37 cas sans mortalité. Ils forent un trou de trépan dans la partie supérieure de la fosse temporale, incisent la dure-mère, vident l'hématome et le drainent par lame de caoutchouc.

Commandant Baumann,
Médecin chef de la F.C.M. n° ...

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, Due et Nosik : *J. Am. Med. Assoc.*, 1943, Vol. 121, 739. — Alexander : *Brit. Med. Journ.*, 9 Août 1941, 195. — Austen et Willard : *J. Am. Med. Assoc.*, 1943, Vol. 121, 995. — Breden, d'Abreu et King : *Brit. Med. Journ.*, 1942, 1, 144. — Cameron, Short et Wakeley : *Brit. Journ. of Surgery*, Juillet 1943, 3, n° 121, 51. — Clark et Ward : *Surg. Gyn. Obstet*, Octobre 1943, 403. — Filton : *New England Journ. of Med.*, Janvier 1942, 1. — Gates et Russel : *U. S. Nav. Med. Bull.*, Janvier 1943, Vol. 1, n° 1, 11. — Gill et Hay : *British Journ. of Surgery*, Juillet 1943, Vol. 31, n° 121, 67. — Hadfield O'Reilly : *Proc. Roy. Soc Med.*, Janvier 1941, 171. — Hayward : *Roy. Melb. Hosp. Clin. Rep.*, Décembre 1941, 1. — King James et Curtis : *Surg. Gyn. Obst.*, 1942, Vol. 74, 53. — Krohn Whitteridge et Zuckerman : *Lancet*, 28 Février 1942, 252. — Latner : *Lancet*, 12 Septembre 1942, 303. — Martin : *Lancet*, Novembre 1943, 605. — Mott : *Lancet*, 1916, 31. — Osborne : *Brit. Med. Journ.*, Avril 1941, 506. — Pinnock et Wood : *Brit. Med. Journ.*, Mai 1943, 357. — Pugh et Jensen : *Amer. Journ. of Surg.*, Juin 1943, Vol. 60, n° 3, 429. — Roberts : *Proc. Roy. Soc. Med.*, Janvier 1941, 171. — O'Reilly et Gloyne : *Lancet*, 11 Octobre 1941, 423. — Russell Ritchie : *Brit. Med. Jour.*, 1942, 31, 521. — Theis : *War Medicine*, Septembre 1943, Vol. 4, n° 3, 262. — Wakeley : *Glasgow Med. Jour.*, Avril 1943, Vol. 1, n° 4, 91. — Webster Ross et Alford : *Canad. Med. Assoc.*, Juillet 1943, Vol. 49, n° 1. — Westermark : *Acta Radiologica*, 1941, 33. — Williams : *Brit. Journ. of Surg.*, Juillet 1942, Vol. 30, n° 117, 38. — Zuckerman : *Lancet*, Février 1940, 219 ; *Roy. Soc. Med.*, Janvier 1941, 173.

REVUE DES THÈSES

THÈSE DE LYON

J. Arrighi de Casanova. *Les Pneumothorax incomplets non améliorables par voie endoscopique.* 1 brochure de 90 p. (*Bosc et Riou*, imp.). Lyon, 1943. — Ce travail est basé sur l'étude de près de 200 cas considérés avec un recul de 16 à 3 ans.

Après avoir rappelé la nécessité maintenant unanimement admise de sectionner rapidement les adhérences, libérables sans trop de risque, par les méthodes endoscopiques, A. insiste sur l'importance qu'il y a à prendre rapidement une décision thérapeutique en présence des autres pneumothorax incomplets. Entretenir pendant plusieurs mois un mauvais pneumothorax c'est faire courir au malade le risque d'une complication grave, et en particulier d'une perforation pleuro-pulmonaire.

C'est surtout le type du pneumothorax incomplet qui détermine la décision à prendre. Certains d'entre eux ne donnent qu'exceptionnellement des résultats complets et durables, se compliquent dans 80 pour 100 des cas ; ils doivent être abandonnés dès les premières semaines au profit d'une intervention chirurgicale. D'autres ont une action plus souvent suffisante ; ils doivent être conservés, mais sous une surveillance médicale attentive et on ne doit pas hésiter à compléter chirurgicalement leur action chaque fois que le résultat demeure partiel ou qu'un accident menace de se produire.

Les progrès réalisés par la chirurgie pulmonaire ne rendent plus admissible l'entretien des pneumothorax dangereux donnant lieu fréquemment à de graves complications et dont l'action est plus souvent nuisible qu'utile.

G. Poix.

PETITES CLINIQUES DE "LA PRESSE MÉDICALE"

N° 665.

Difficultés de certains diagnostics étiologiques

De la polioencéphalite subaiguë au méningiome de l'aile

par J.-A. CHAVANY,

Médecin de l'Hôpital de Bon-Secours.

Quand on célèbre la précision des résultats obtenus par les méthodes d'examen neurologique, en restant sur le terrain purement clinique, on rend surtout hommage à la relative aisance qu'elles nous procurent de remonter, en partant d'un signe objectif, voire même d'un symptôme subjectif, à la notion de lésion ou de simple irritation de tel système, de tel centre, de tel faisceau, de telle racine ou de tel filet nerveux. Et cette précision s'accroît lorsque plusieurs signes concourent à établir un *point géométrique* qui localise la lésion en hauteur, en largeur et en profondeur, au millimètre, ajoute-t-on avec une pointe d'orgueil. Il est non douteux que, davantage en neurologie qu'en d'autres branches de la pathologie, l'examen fournit une quasi certitude qui séduit le médecin. Mais il y a loin entre cet échelon de la connaissance représenté par le siège du mal et la cause même de ce mal qui figure l'échelon terminal, celui vers lequel tend tout notre effort. Car c'est en définitive de la science de la cause du mal que va dépendre l'orientation de notre thérapeutique et l'établissement de notre pronostic. Et il n'est pas rare de retrouver en neurologie, à ce stade du diagnostic, des incertitudes analogues à celles enregistrées dans tous les domaines de la médecine.

Les deux observations suivantes en fournissent l'exemple.

Une jeune femme de 27 ans, de santé florissante, fait dans les premiers mois de 1941 des abcès dentaires récidivants au niveau de deux dents de la mâchoire supérieure du côté gauche. Malgré l'extraction des dents douloureuses qui baignaient dans le pus, la douleur locale persiste et, qui plus est, s'étend progressivement au début d'Avril 1941 à toute l'*hémi-face gauche*, y compris le bord gauche de toute la moitié antérieure de la langue. Il s'agit de douleurs continues à type de brûlures qui s'accompagnent d'hypoesthésie du territoire correspondant que la malade remarque au cours de sa toilette (*paralysie du trijumeau gauche*). Quelques jours plus tard se montrent des vertiges aux changements de position de la tête et une baisse nette de l'audition à gauche (*paralysie de l'auditif gauche*). Elle accuse aux mêmes moments des troubles de la déglutition et de la raucité de la voix (*paralysie du vago-spinal*).

Tous ces phénomènes disparaissent vers la mi-Mai et le sujet se croit guéri quand, vers le 10 Juin, il se met à voir double et à loucher, l'œil gauche étant attiré en dehors ; quelques jours plus tard la paupière gauche tombe progressivement (*paralysie du moteur oculaire commun gauche*). Dans les premiers jours de Juillet 1941, la ptosis s'atténue quand apparaît brusquement une *paralysie faciale gauche*.

Son médecin, alarmé, nous l'adresse alors et nous constatons une atteinte du facial gauche de type périphérique prédominant nettement sur le facial supérieur avec un front complètement immobile à gauche, un œil gauche grand ouvert et qui le reste, malgré tous les efforts (sans signe de Charles Bell), une déviation de la bouche modérée au repos mais très marquée dans le mouvement d'ouverture. Il subsiste aussi une paralysie incomplète de l'œil gauche portant sur les mouvements d'élévation, d'abaissement et de latéralité interne alors que le mouvement d'élévation de la paupière supérieure est en partie récupéré. En dehors de ces signes actuels d'atteinte de 2 paires craniennes, l'examen neurologique s'avère à peu près négatif. Les réflexes tendineux sont normaux et on n'enregistre aucun signe de souffrance pyramidale ou cérébelleuse, aucun trouble sensitif, tonique, sphinctérien ou psychique. Fonds d'yeux normaux. On note seulement une asthénie assez marquée et une insomnie tenace. Tous les viscères sont normaux. Le B.-W. est négatif dans le sang. Les radiogrammes du crâne sont normaux. La maladie est pratiquement apyrétique. Comme nous pensons à un processus infectieux neurotropique évolutif, nous nous abstenons de pratiquer une ponction lombaire.

L'histoire de cette maladie nous apparaît très suggestive avec la multiplicité des paralysies, leur évolution par successives poussées, certaines déficiences s'estompant ou ayant guéri quand une autre apparaît. Le caractère du trouble paralytique est lui-même très spécial avec sa note parcellaire frappant avec prédilection tel ou tel groupe musculaire. Cette dissociation plaide nettement en faveur de l'*origine nucléaire* et nous souscrivons sans réserve à la dénomination de *polioencéphalite subaiguë à virus neurotrope probable* proposée par R. Garcin et G. Renard, qui ont publié un important mémoire sur des cas de la sorte (*Paris Médical*, 3 Octobre 1934, 263). Nous émettons une réserve au sujet du dernier attribut reconnu par les auteurs à leur entité nosographique, à savoir la *curabilité habituelle*, et la suite des événements va nous montrer pourquoi.

Le diagnostic posé et l'étiologie infectieuse neurotropique admise, notre jeune femme est traitée par la cure mixte intraveineuse de solution iodurée bévétinée forte et de HgCY. Sans aucun esprit de malice nous tenons à souligner le caractère capricieux d'un tel processus dont le cours semble défier les thérapeutiques instituées, de nouvelles manifestations s'installant en plein traitement et d'autres disparaissant en période de repos thérapeutique. Quoi qu'il en soit, la paralysie faciale s'évanouit en trois semaines. Puis, dans les premiers jours d'Août 1941, apparition de *phénomènes d'hallucinose*. La nuit ou dans la journée, lorsqu'elle ferme les yeux, notre patente voit « comme sur un écran de cinéma » des sujets animés et principalement des Chinois et des Chinoises, avec des vêtements brodés de fleurs de toutes les couleurs qui vont et viennent « comme dans une foule ». Elle réalise très nettement l'irréalité de telles visions, qu'elle qualifie de drôles. Un tel trouble dure une dizaine de jours et disparaît comme les autres. Mais vers le 1er Septembre 1941, après un épisode céphalgique à localisation antérieure et principalement rétro-orbitaire, elle *perd en quelques jours complètement la vision de l'œil gauche*. La papille est à ce moment normale. Il s'agit d'une névrite rétrobulbaire aiguë. Dans les semaines suivantes, la paralysie oculo-motrice disparaît. Mais les séquelles de la névrite rétro-bulbaire persistaient *deux ans après* son installation *sans qu'il se soit produit aucune manifestation neurologique nouvelle*. Du côté gauche en effet, comme un stigmate cicatriciel, on peut toujours noter la présence d'un scotome central absolu en dehors du point de fixation jusqu'à 40° et 60°, laissant seulement une frange de champ visuel en dedans de la limite périphérique, non rétrécie. La *papille est complètement décolorée*. La vision est réduite à la perception des mouvements de la main dans la partie respectée du champ visuel. Œil droit normal. Cette atteinte irréductible du tractus optique ne peut plus être rapportée à une lésion nucléaire. Nous l'avons observée avec la même irréductibilité dans un cas superpossible. Ces deux cas nous permettent d'identifier une forme spéciale du syndrome de Garcin-Renard, que nous proposons de nommer *polioencéphalite subaiguë curable avec névrite rétro-bulbaire définitive*.

Coïncidence bizarre, c'est cette première malade qui, pensant qu'elle avait la même affection qu'elle, nous a adressé la malade dont nous allons résumer brièvement l'observation.

Et de fait, le début des 2 observations semble superposable. Il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, de santé robuste qui présente, fin Novembre 1942, des *paresthésies dans le domaine du nerf maxillaire supérieur gauche* survenues quinze jours après un fort « rhume de cerveau » qui s'est accompagné d'une poussée fébrile à 39°. Elle accuse une sensation d'engourdissement sur la pommette, l'aile du nez et la moitié gauche de la lèvre supérieure gauche « comme si la peau et les dents étaient mortes ». Quinze jours après surviennent dans le même territoire des douleurs véritables se manifestant spontanément de jour et de nuit par des crises très vives de trente minutes à une heure, non influencées par la mastication mais calmées par les antinévralgiques. On constate une hypoesthésie dans le territoire douloureux avec conservation du réflexe cornéen. Malgré le traitement anti-infectieux institué, vers la mi-Décembre *baisse brutale de la vision de l'œil gauche* qui aboutit à l'amaurose totale de cet œil en quelques jours sans aucune lésion appréciable du fond d'œil à un examen pratiqué le 8 Janvier 1943 (syndrome d'interruption complète de la conduction du nerf optique gauche). Quelques jours après, apparition d'un *léger ptosis gauche* traduisant une atteinte parcellaire du III. Cependant la malade ne se plaint d'aucune céphalée véritable. Pas de vomissements, pas de vertiges ni de bourdonnements d'oreille. Aucun trouble du côté des membres. Lucidité et orientation parfaites.

Nous avons ici 3 nerfs d'atteints mais on ne retrouve pas la marche ondulante si caractéristique du processus précédent. Aussi éliminons-nous d'emblée ce diagnostic et pensons-nous à une lésion compressive de la fosse cérébrale moyenne gauche et *la radiographie simple* vient accréditer ce diagnostic en mettant en évidence des lésions d'*ostéoporose de la grande aile du sphénoïde gauche* visibles sous toutes les incidences. Sur les clichés pris en position spéciale, le trou optique gauche est nettement applati par rapport au droit.

Le diagnostic régional établi, quelle cause incriminer ? L'hypothèse la plus plausible, malgré l'absence de fièvre, est celle d'un abcès extradural provoqué par l'infection d'une bulle sphénoïdale ou ethmoïdale consécutive à la rhino-pharyngite fébrile qui a précédé le syndrome neurologique de quinze jours. Or l'opérateur découvre un *énorme méningiome de l'aile gauche du sphénoïde dont les suites opératoires aboutirent à l'exitus*.

Le parallèle entre ces deux cas d'évolution tout à fait différente nous a paru intéressant à établir car il illustre l'importance pour le diagnostic des affections nerveuses *de la notion d'histoire de la maladie*. Malgré le début apparent analogue par des signes infectieux non douteux dont il est malaisé d'apprécier l'influence sur le déclenchement des deux syndromes, l'un purement infectieux, l'autre avant tout tumoral, malgré la prise des 3 mêmes nerfs dans les 2 cas, on est en face de 2 maladies complètement dissemblables et surtout nécessitant des thérapeutiques toutes différentes, médicale dans un cas, chirurgicale dans l'autre. L'allure très caractéristiquement serpigineuse de la première fait contraste avec la marche inéluctablement progressive de la seconde. Le relief que prennent les signes bruts en fonction du temps, c'est l'histoire de la maladie qui nous le montre. L'histoire de la maladie est le fil d'Ariane qui conduit au diagnostic et quand elle a été minutieusement fouillée, cette histoire éclaire à elle seule la situation, l'examen sémiologique arrivant en dernier ressort pour asseoir de façon certaine une opinion qui est déjà aux trois quarts acquise.

NOTES
DE MÉDECINE PRATIQUE
PUBLIÉES PAR LES SOINS DE A. RAVINA

Le traitement des gelures récentes

Les gelures des extrémités avaient été très fréquentes dans la guerre de 1914-1918. D'après Bruni on avait constaté, rien que dans l'armée italienne, 300.000 cas de gelures graves. Strandell signale que dans un seul secteur du front russe il y avait eu, en une nuit, 10.000 cas d'indisponibilité dus au froid. De très nombreux travaux avaient été consacrés, à cette époque, à la pathogénie et au traitement des gelures. Ces dernières s'observaient surtout après un séjour prolongé dans des tranchées humides.

Depuis, on a constaté d'assez nombreuses gelures en pratique civile, soit dans certains pays comme l'Allemagne ou la Russie, soit chez les skieurs et les alpinistes. Le développement considérable des sports d'hiver a augmenté le nombre de ces derniers cas.

Enfin, les gelures paraissent être redevenues très nombreuses au cours de la guerre actuelle. Elles doivent être actuellement fréquentes sur le front Ouest, en raison des conditions d'humidité intense qui règnent sur la plus grande partie de celui-ci. Mais nous sommes encore mal renseignés sur leur importance et leur thérapeutique. Par contre, nous avons été mieux documentés par la littérature médicale russe et allemande sur les gelures observées durant ces trois dernières années en Russie, où elles ont pris un caractère assez différent du « pied de tranchée » de 1914. Leur thérapeutique s'est d'ailleurs profondément modifiée.

Un caractère assez particulier des gelures actuellement constatées au cours de la guerre en Russie est la coexistence fréquente de lésions locales et d'accidents généraux dus au froid.

En effet, le climat russe avec ses poussées brusques de vent du nord-est, ses tempêtes de neige, ses chutes brutales de température qui peuvent atteindre — 52° prédisposent grandement aux accidents généraux conditionnés par le froid.

G. Bahls a publié, l'année dernière, un intéressant article sur le traitement des accidents locaux et généraux dus au froid. Il fait observer qu'une des premières difficultés du problème est posée par les malades atteints à la fois de refroidissement général et de gelures locales. Le traitement qui convient à l'un des deux ordres de troubles peut être, en effet, néfaste pour l'autre. On considérait autrefois qu'il fallait éviter de réchauffer brusquement les sujets atteints d'un refroidissement général grave. On ne le faisait que lentement en commençant par leur faire prendre un bain froid que l'on réchauffait très progressivement. Or, à la suite des observations qui se sont multipliées et des expérimentations systématiques faites chez l'animal, on considère, aujourd'hui, qu'il faut réchauffer rapidement les sujets refroidis, mais que ce réchauffement doit avoir une intensité et une durée limitées. Cette notion paraît actuellement admise par tous et les instructions données aux médecins de l'armée russe prescrivent ce réchauffement rapide.

Mais cette pratique peut avoir une fâcheuse influence sur les gelures locales que présentent souvent de tels malades. En effet, leur dégel trop rapide accélère la mortification des tissus et influence fâcheusement la circulation locale. Cette coexistence des deux ordres de lésions peut poser un problème de thérapeutique délicat. On doit le résoudre en cherchant à parer aux accidents qui menacent immédiatement l'existence et ne traiter qu'en second les lésions qui ne mettent pas immédiatement la vie en danger.

Le traitement des sujets présentant un refroidissement général grave est donc le suivant. Le sujet gelé doit être aussitôt que possible amené dans une pièce chauffée à une température normale et couché dans des draps chauds ou mis dans un bain chaud dont on relève progressivement la température. On pratique ensuite une friction et des massages légers, puis on transporte le malade dans un lit chauffé. On lui fait prendre, avant ou après le bain, des infusions chaudes et, lorsque cela est nécessaire, des tonicardiaques et des stimulants respiratoires. Il faut se garder de pratiquer une transfusion sanguine.

On a classiquement décrit les gelures locales sous trois formes : érythème, phlyctène et gangrène sèche des tissus. Cette division est assez arbitraire et l'image clinique des froidures est, en réalité, variable selon l'état individuel.

Tous les auteurs modernes insistent sur l'importance de la participation du système nerveux vasculaire au processus des gelures. Aussi, les traitements qui donnent les meilleurs résultats sont-ils ceux qui permettent d'agir sur le système nerveux des vaisseaux du membre atteint.

Dans l'ensemble, le froid détermine un spasme vasculaire qui, s'il se prolonge, aboutit d'abord à une contraction très importante des petits vaisseaux, plus tard à celle des artères plus volumineuses. En même temps, l'atteinte des nerfs provoque une anesthésie assez étendue. Lorsque la chaleur revient, elle entraîne une dilatation vasculaire réactionnelle.

Les froidures du premier et du deuxième degré relèvent essentiellement d'un traitement local, le plus généralement appliqué par le médecin de corps de troupe. Les très anciens procédés de friction avec de la neige suivie d'un léger massage et d'une friction avec une étoffe de laine suffisent souvent pour ramener la circulation. D'ailleurs un équipement approprié, avec des vêtements de protection, chaussures spéciales, bonnet couvrant les oreilles, enveloppements ouatés, suffisent à prémunir contre bon nombre de ces accidents.

Bahls avait d'abord fait, dans les cas un peu plus graves, des pansements avec une pommade ichtyolée. Il en avait obtenu de bons résultats, avec un retour rapide des téguments à leur état normal. Plus récemment, il a employé le poudrage des lésions en se servant, tout particulièrement, de poudre de sulfamide. Il considère ce traitement comme supérieur au précédent. Il permet, en effet, de constater beaucoup plus aisément l'état des lésions sous-jacentes au pansement et il provoque plus facilement le dessèchement total des tissus mortifiés.

Mais surtout les traitements modernes visent à intervenir sur le sympathique. La sympathectomie chirurgicale ou par infiltration de novocaïne n'avait d'abord été conseillée que contre les ulcérations trophiques consécutives aux gelures. Aujourd'hui, on l'emploie contre les gelures elles-mêmes. D'ailleurs, il existe encore beaucoup de divergences sur la technique des procédés à employer ainsi que sur le moment où il y a lieu de les mettre en œuvre.

Schurer a obtenu de bons résultats par la sympathectomie péri-artérielle. Il a ainsi traité 22 cas de gelures graves. Une partie de ceux-ci n'étaient vieux que de quarante à soixante-douze heures, les autres dataient de six jours. Les résultats furent tous bons. La restauration des doigts ou des orteils fut rapide, l'élimination des petites parties nécrosées se fit avec promptitude et jamais l'on ne vit apparaître de gangrène humide. Au cours de la sympathectomie, on peut d'ailleurs injecter par voie intra-artérielle des substances dilatatrices telles que le chlorhydrate de méthylène-dionysoquinoléine. La sympathectomie améliore aussi les troubles circulatoires en entraînant une exagération des battements artériels.

Pour obtenir une dilatation vasculaire, on peut d'ailleurs employer un certain nombre de préparations dont la plupart sont d'ordre hormonal. C'est ainsi que les hormones circulatoires d'origine pancréatique, les substances telles que le benzylimidazoline peuvent donner de bons résultats. On peut encore employer les injections intraveineuses de substances dilatatrices en suivant une méthode analogue à celle qui a été préconisée dans les embolies.

Lorsqu'on veut envisager de bloquer le sympathique en pratiquant une injection de novocaïne à son voisinage, on le fait généralement à la hauteur de la 3e à la 5e lombaire en enfonçant à deux bons travers de doigt de la ligne médiane une aiguille que l'on dirige jusqu'au contact du corps vertébral, puis que l'on pousse en avant au voisinage du sympathique. Leriche a obtenu dans les gelures de bons résultats par ce procédé. Il l'a combiné dans des cas particulièrement graves avec la sympathectomie fémorale ou l'artériectomie de la tibiale interne. Bertocchi a préconisé l'infiltration du canal fémoral à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Selon la plupart des auteurs, l'infiltration doit être réservée aux cas légers, la sympathectomie aux cas plus graves.

Bahls tire de sa pratique personnelle plusieurs conclusions. Lorsque les conditions circulaires dans le membre gelé sont mauvaises, il faut, en dehors du traitement local, utiliser les dilatateurs vasculaires tels que les hormones circulatoires d'origine pancréatique, le benzylimidazoline, la papavérine, l'acétylcholine. Lorsque le spasme artériel ne cède pas aux médicaments ou lorsqu'on voit apparaître des douleurs vives et persistantes, il faut pratiquer la sympathectomie périartérielle, ou lorsque celle-ci n'est pas possible, une infiltration du sympathique lombaire. Dans certains cas, celle-ci sera remplacée par une sympathectomie lombaire, la résection portant habituellement sur les ganglions situés entre L II et L IV. Dans l'ensemble, il vaut mieux pratiquer, dans la région lombaire, une infiltration du sympathique qu'une sympathectomie. Les résultats en seraient aussi bons et l'action souvent plus longue.

Lorsque les gelures ont atteint le stade de gangrène, il est très important de prévenir les dangers d'une infection secondaire. Dans ce but, on emploie le plus généralement aujourd'hui la dessiccation des lésions avec de la poudre de sulfamide. D'autres auteurs utilisent avec succès l'air chaud et les dilatateurs vasculaires.

Les cas de gangrène humide et d'infection surajoutée sont des plus graves. C'est alors qu'on peut voir apparaître une thrombo-phlébite au cours des phénomènes infectieux. La plupart des auteurs conseillent de traiter de tels accidents par la surélévation de la jambe malade, le poudrage sulfamidé de toute la sphère de la gangrène, les pansements humides chauds au delà de celle-ci. Ces mesures seront complétées par un traitement général dont les éléments principaux comprendront la sulfamidothérapie, les tonicardiaques, les boissons abondantes.

L'amputation haute peut être pratiquée dans les cas urgents mais, dans l'ensemble, le traitement chirurgical conservateur paraît être le plus indiqué. Le mieux est de ne pas intervenir avant qu'il n'y ait une délimitation nette entre le mort et le vif.

On connaît enfin la possibilité de tétanos venant compliquer des gelures. Aussi, est-il de règle d'administrer systématiquement au début du traitement une dose préventive de sérum antitétanique.

Enfin, bien des amputations d'orteil, de pied ou de jambe demandent ultérieurement à être régularisées par quelques retouches.

Il peut se produire quelques accidents éloignés, réouverture des cicatrices, ulcérations atones, pouvant être le point de départ d'hémorragies ou d'atrophie tissulaire entourant la gelure. Ces accidents sont parfois dus à l'artérite. On observe aussi, dans certains cas, une atrophie osseuse assez intense qui peut être la cause de douleurs tardives. Ces séquelles doivent être traitées par les médicaments analgésiques habituels, par la physiothérapie, enfin par l'infiltration ou la résection du sympathique.

A. Ravina.

CHRONIQUES

La prophylaxie au foyer du tuberculeux

SES RÈGLES D'APPLICATION

C'est une vérité première que pour éviter la contagion familiale de la tuberculose le moyen le plus sûr consiste dans la séparation du tuberculeux et des membres de la famille par le placement du contaminateur ou par celui des enfants. Malheureusement cette solution idéale se heurte, dans la pratique, à des impossibilités manifestes : nos lits de sanatoriums pour pulmonaires atteignaient à peine 25.000 en 1939, en regard des 350.000 tuberculeux disséminés dans le pays; de même on ne saurait envisager le placement de tous les enfants et adolescents vivant en milieu contaminé ; enfin, la vaccination au BCG, si précieuse que soit son efficacité, n'apporte au problème qu'une solution fragmentaire. La prophylaxie au foyer du tuberculeux apparaît, à l'heure actuelle, d'une importance d'autant plus grande que par suite des circonstances, et notamment du retour d'Allemagne des prisonniers et des déportés, le nombre des malades soignés en cure libre est destiné à s'accroître.

Nous n'envisagerons ici que la prophylaxie s'adressant directement au bacille, à l'exclusion des mesures indirectes, si importantes qu'elles soient, tendant à s'opposer à la maladie en augmentant chez les sujets encore sains la résistance du terrain.

Deux notions fondamentales sont à la base de nos connaissances sur la contagion familiale : d'une part les recherches d'Opie, de Mac Phedran et de Putnam portant sur 1.000 familles comprenant 5.417 individus, observés au cours de huit années, ont établi que la tuberculose se transmet dans la famille par des contacts infectants prolongés, sauf chez les très jeunes enfants où le contact peut être bref. D'autre part, Kirstein, Chaussée, Kuss et Bruno Lange ont montré que les bacilles provenant des expectorations — cause la plus fréquente de la contagion — ne conservent leur virulence que peu de temps, s'ils restent exposés à l'air et à la lumière. La déclaration formulée autrefois par Roux devant l'Académie conserve toute sa valeur : « Le bacille qui contagionne est celui qui vient d'être émis ; une fois sorti de l'organisme il se dessèche et perd son action nocive. »

Les mesures de prophylaxie qui dérivent de ces deux notions permettent-elles d'éviter la maladie à celui qui reste au contact quotidien d'un tuberculeux ? Nombreux sont aujourd'hui les faits qui l'attestent ; nous ne relaterons ici qu'une seule expérience particulièremnt convaincante par sa durée et ses résultats, celle de l'Œuvre des Logements-Sanatoriums. Fondée en 1916, cette œuvre s'est proposé de faire bénéficier des familles nombreuses, dont l'un des membres est tuberculeux, d'un logis spacieux, clair et aéré, placé sous le contrôle d'une assistante sociale, chargée de veiller à la stricte application des règles de l'hygiène et de la prophylaxie. Depuis plus de 25 ans elle fonctionne sans bruit avec l'aide parcimonieuse de l'Assistance Publique et constitue une expérience pleine d'intérêt. En effet, au cours de cette longue période, il ne s'est produit, parmi les membres des 120 familles assistées, aucun cas de tuberculose, à l'exception d'une méningite, et encore s'agissait-il d'une famille dont la mère, atteinte de déséquilibre mental, ne se soumettait point à une stricte discipline. Ce résultat est complété par cette constatation que le nombre des cuti-réactions négatives chez les enfants de ces familles est aussi élevé que dans celles dont tous les membres sont sains. On peut donc affirmer que les risques de contamination résultant de la cohabitation familiale peuvent être considérablement réduits. Ainsi la famille n'est pas disloquée ; cette pratique permet aux malades de fournir un certain travail ; elle entraîne une diminution notable des charges financières de la collectivité ; elle contribue enfin à diffuser dans le public les règles élémentaires de l'hygiène. Il s'en faut qu'elle se soit développée pendant la période de l'entre-deux guerres. Les progrès des méthodes collapsothérapiques ont si profondément modifié le pronostic de la tuberculose que trop souvent médecins et administrateurs se sont surtout préoccupés de la solution du problème thérapeutique au détriment de celui de la prévention, facteur essentiel de la lutte contre le fléau.



Les difficultés d'application proviennent de l'ignorance et de l'insouciance du public en matière d'hygiène et de propreté. Cependant, les campagnes de propagande éducative poursuivies par le Comité National de Défense contre la Tuberculose ont montré combien le public est capable de s'intéresser aux questions de tuberculose. Cette propagande à l'aide de tracts, de projections, de films cinématographiques, de conférences a eu les plus féconds résultats. Mais cette éducation collective est insuffisante ; elle doit être complétée par l'éducation individuelle dans le milieu familial contaminé ; le problème apparaît ainsi en étroite relation avec celui du logement.

Pour d'aucuns, estimant que les conditions défectueuses d'aération, de lumière, d'insolation, de surpeuplement sont les facteurs primordiaux de la contamination, toute la question du logement est résolue par la suppression des taudis et la construction d'habitations saines. D'autres considèrent la mauvaise utilisation des locaux, leur malpropreté et le manque de précautions d'hygiène de leurs habitants comme le facteur principal de la contagion. A la vérité, ces deux facteurs présentent une importance essentielle et l'on peut dire qu'il existe deux formes d'insalubrité du logement, l'une *constitutionnelle*, en rapport avec les mauvaises conditions des locaux, dont le remède est l'occupation d'un logement salubre subordonnée à l'amélioration du standard de vie de ses locataires ; l'autre *acquise* sous la dépendance du comportement de l'homme vis-à-vis des règles de l'hygiène et dont le remède est l'éducation ; en dernière analyse, ignorance et paupérisme sont les deux éléments du problème.



Les protagonistes de la prophylaxie au foyer du tuberculeux sont le médecin de famille, le médecin de dispensaire et l'assistante sociale ; leur action doit être solidaire.

Qu'il s'agisse de malades aisés soignés avec la collaboration d'un phtisiologue exerçant en clientèle ou de malades dénués de ressources pris en charge par le dispensaire, le rôle du médecin de famille reste primordial. C'est à lui en effet que s'adressent tout d'abord les sujets présentant un symptôme suspect, et de sa perspicacité dépend un traitement efficace parce que précoce, en même temps que la protection de la collectivité ; c'est à lui qu'il appartient de formuler et de contrôler les règles de la prophylaxie dans les milieux aisés où ne pénètrent pas les assistantes sociales ; c'est à lui encore qu'a recours, à toute heure du jour et de la nuit, le tuberculeux qui vient à présenter un épisode aigu de son affection nécessitant la prescription de médications symptomatiques ou le concours du phtisiologue. Il lui appartient de surveiller les enfants et les adolescents chez lesquels il doit dépister la primo-infection par des réactions tuberculiniques répétées ; il entre enfin dans ses attributions de procéder, s'il y a lieu, à la vaccination par le BCG, qui aujourd'hui, grâce au procédé des scarifications cutanées, devient une méthode de pratique courante. Et combien plus complexes encore sont ses attributions lorsqu'il exerce dans des localités éloignées des centres urbains et où l'avis d'un spécialiste ne peut être sollicité qu'à de longs intervalles. Qu'on nous permette de regretter que trop souvent l'importance de ce rôle lui échappe et que, fidèle à une pratique aujourd'hui désuète de la médecine traditionnelle, il considère qu'une ordonnance contenant de multiples prescriptions médicamenteuses est l'obligatoire sanction de son examen.

La collaboration du médecin de famille et du médecin de dispensaire est une condition indispensable à la rigoureuse application des mesures prophylactiquess ; il doit exister entre eux les relations de confiance réciproques, aussi utiles à l'un et à l'autre que favorables à l'accomplissement de leur tâche médico-sociale vis-à-vis du malade. Cette collaboration va prendre, dans un avenir que nous espérons proche, un caractère obligatoire, lorsque le contrôle des assurés sociaux tuberculeux sera dévolu au dispensaire de leur secteur.

Le médecin de dispensaire a pour mission d'établir un diagnostic exact et précis, mais ce travail médical doit être complété par le travail social qui consiste à indiquer les mesures hygiéniques et prophylactiques concernant le malade et son entourage. Grâce à son autorité, il prépare ainsi l'action de l'assistante sociale, il obtient du tuberculeux que, dans son propre intérêt et pour la sauvegarde de ceux qui lui sont chers, il se soumette à certaines disciplines.

Lorsque dans chaque entreprise fonctionnera un service médical et social, le médecin du travail contribuera efficacement à la prophylaxie antituberculeuse en assurant le dépistage précoce, grâce aux examens d'embauche, aux visites après congé de maladie et à la surveillance des jeunes. Mais la coordination de la lutte antituberculeuse exige que les cas suspects ou dépistés soient obligatoirement soumis au triage et à la prise en charge des organismes du secteur.

L'action prophylactique du médecin de famille et du médecin de dispensaire resterait inefficace si elle n'était pas complétée par celle de l'assistante sociale. Son rôle consiste à développer, à commenter et à faire exécuter les prescriptions du médecin. Elle veille à ce que le malade se rende régulièrement au dispensaire et à ce que les sujets sains se soumettent à des visites de prophylaxie. Elle explique les précautions à prendre, exécute les manipulations nécessaires et convainc les membres de la famille de l'utilité, de l'efficacité de ces mesures. Chaque famille constitue un problème social nouveau ; dans certaines familles la réalisation est aisée et les mesures prises sont régulièrement suivies ; chez d'autres leur ignorance et leur incompréhension nécessitent des visites plus fréquentes et plus prolongées ; quelques-unes, enfin, sont inéducables et la séparation du contaminateur et des enfants s'impose. Au cours de ses visites, l'assistante sociale démontre que quelle que soit la modestie du logement les fautes d'hygiène sont évitables ; elle s'enquiert des préoccupations budgétaires du père et des soucis d'ordre ménager de la mère, corrige les erreurs alimentaires et inculque des notions d'économie. Elle intervient auprès du Comité d'aide sociale pour obtenir son assistance qui se traduira par une aide en nature sous la forme de bons de pain, de lait ou de viande, la fourniture d'un crachoir, d'une chaise-longue ; elle facilite l'application des lois de protection sociale aux membres de la famille en les aidant dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Elle s'efforce d'améliorer le logement, veille à ce que la chambre du malade réalise les meilleures conditions d'hygiène avec des murs recouverts de papier ou de peinture claire et lavable, ou encore

de peinture à la chaux, avec des tapis en caoutchouc ou en linoléum. Elle conseille la suppression des rideaux de lit et des grands rideaux et proscrit l'époussetage et le balayage à sec qui sont remplacés par l'emploi de l'éponge mouillée et de la serpillière humide ; ces améliorations transforment les locaux en un véritable logement-sanatorium et il n'est pas nécessaire pour atteindre ce résultat de créer des œuvres nouvelles.

L'assistante sociale, par son action personnelle, sa cordialité, sa patience, contribue à créer dans la famille une atmosphère morale favorable au traitement du malade et à la préservation de l'entourage ; elle apporte au tuberculeux cette « tutelle morale » dont, plus que tout autre malade, il a tant besoin ; elle le rassure s'il s'inquiète à tort, elle l'encourage si ses craintes sont justifiées par l'aggravation de son état. Elle est la bienvenue dans les familles dont elle gagne vite la confiance en déployant auprès d'elles les qualités de son esprit et de son cœur.



La réalisation de la prophylaxie antituberculeuse se réduit à quelques mesures appliquées pendant tout le cours de la maladie, dont la simplicité n'exclut point l'efficacité et qui ont pour but d'éviter la dissémination des bacilles frais. Elles sont loin d'être couramment observées, notamment la plus importante de toutes, l'utilisation d'un crachoir de poche. D'une enquête que nous avons poursuivie auprès des tuberculeux bacillaires se présentant au Dispensaire Léon-Bourgeois, il résulte qu'à peine 1 sur 20 observe cette règle fondamentale.

On a préconisé autrefois la désinfection du logement de tuberculeux à l'aide des vapeurs de formol ; cette pratique est aujourd'hui abandonnée dans tous les pays et doit être considérée comme un anachronisme prophylactique (Chagas), la propreté permanente des locaux étant préférable à une désinfection périodique ; elle est réalisée par des nettoyages à fond, applicables en tout temps et en tout lieu, à l'aide d'une brosse et d'eau de Javel diluée [1] ou mieux encore avec du savon noir et du carbonate de soude du commerce [2]. La désinfection du linge ne comporte aucune disposition particulière, le lessivage supprimant tout danger de contamination ; la désinfection des livres est inutile.

Pratiquement l'ordonnance de prophylaxie concernant le malade peut être ainsi libellée :

1° Discipliner la toux, c'est-à-dire s'efforcer de ne faire que des efforts de toux utiles en ayant soin de mettre son mouchoir devant la bouche ;

2° Ne jamais cracher ailleurs que dans un crachoir de poche [3] ou dans un crachoir de chambre en tôle émaillée avec couvercle.

3° Avoir son couvert personnel, son verre, sa serviette de table, ses objets de toilette, son lit et sa chambre individuelle ;

4° Se laver les mains au savon chaque fois qu'elles sont souillées et avant chaque repas ;

5° Eviter le contact avec les enfants.

Les tuberculeux susceptibles de vivre à leur foyer devraient appartenir exclusivement aux catégories suivantes : d'une part, les porteurs de pneumothorax efficace dont le nombre ne cesse de s'accroître pour lesquels l'action prophylactique se limite au contrôle d'une contagiosité éventuelle et, d'autre part, les tuberculeux chroniques à prédominance fibreuse, à élimination bacillaire pauvre et intermittente, à faible potentiel évolutif dont l'état est compatible avec un certain travail et chez lesquels le problème d'adaptation du genre vie à leurs possibilités physiques est plus important que celui du traitement. Mais cette règle est bien loin d'être respectée ; combien nombreux, en effet, sont les porteurs de lésions tuberculeuses à leur stade initial ou terminal, justiciables d'un séjour dans un centre hospitalier de traitement, dans un sanatorium ou dans un hospice, qui contaminent leur entourage et ne reçoivent pas les soins que comporte leur état ! Nous espérons que la meilleure utilisation de nos sanatoriums, l'organisation de nombreux centres hospitaliers spécialisés, l'admission des tuberculeux incurables dans les hospices communaux, cantonaux et départementaux, et enfin l'adoption du projet de l'assurance-tuberculose remédieront à la gravité de cette situation.

J. Troisier et G. Poix.

1. Deux cuillerées à soupe d'eau de Javel par litre d'eau.

2. La solution de Küss, facile à préparer, peu onéreuse, de conservation indéfinie, est d'une efficacité éprouvée :

Savon noir	8 g.
Carbonate de soude du commerce	10 g.
Formol du commerce	40 cm^3
Eau ordinaire Q. S. pour 1 litre.	

3. Le modèle le plus pratique est le crachoir en verre avec couvercle métallique et fermeture en baïonnette.

Programme du certificat d'études (P. C. B.)

(Fin)

Nous publions ci-après la fin du programme du certificat d'études P.C.B. (Voir le début dans notre précédent numéro.)

D. — Chimie (environ 75 leçons)

I. *Chimie générale* (21 leçons). — Corps purs. Mélanges, combinaisons. Espèces chimiques. Corps simples.

Les 3 états de la matière. Changement d'état.

Classification périodique.

Structure des atomes. Isotopie. Valence. Notions sur la structure des molécules.

Principe de la conservation de la masse. Lois des combinaisons en poids et en volumes. Systèmes de nombres proportionnels. Théorie atomique. Poids atomiques. Poids moléculaires.

Notions de thermochimie; thermicité des réactions. Principe de l'état initial et de l'état final.

Notions très simples sur les équilibres et la loi d'action des masses. Déplacement de l'équilibre. Notions très sommaires de cinétique chimique. Catalyse.

Propriétés des solutions. Dissociation électrolytique; *pH* ; sa mesure. Conséquences : acides, bases, sels.

Notions sur l'absorption. L'état colloïdal.

II. *Chimie organique* (11 leçons). — Aperçus sur les caractères des principaux éléments entrant dans la constitution des organismes :

Hydrogène, oxygène, chlore, soufre, azote phosphore, arsenic, carbone, sodium, calcium, magnésium, fer, et leurs dérivés les plus importants : eau oxygénée, gaz chlorhydrique, gaz sulfhydrique, acide sulfurique, ammoniac, acide azotique, phosphure gazeux d'hydrogène, acides phosphoriques, anhydride arsénieux, gaz carbonique et oxyde de carbone, sulfate, carbonate et chlorure de sodium, phosphates de calcium, sulfate de magnésium.

III. *Chimie organique* (33 leçons). — Généralités. Analyse élémentaire des composés organiques.

Etablissement de la formule brute.

Le méthane. Propriétés chimiques fondamentales.

La tétravalence de l'atome de carbone. Principe de l'enchaînement des atomes de carbone. Chaînes carbonées linéaires et ramifiées, saturées et non saturées, acycliques et cycliques. Fonctions et groupements fonctionnels.

Isoméries. Représentation tétraédique de l'atome de carbone. Polymérie.

Etude élémentaire des principales fonctions.

A. Composées acycliques. Hydrocarbures. Dérivés halogénés des hydrocarbures. — I. Fonctions simples et multiples. Fonctions dérivées. Alcools et polyalcools. Ethers.

Thioalcools. Amines. Composés arsenicaux. Composés organo-métalliques.

Aldéhydes et cétones. Acétals.

Acides et polyacides saturés et éthyléniques. Isomérie géométrique. Estérification et esters. Hydrolyse et saponification. Lipides. Anhydrides et halogénures da'cides. Amides. Nitriles. Cyanures. — II. Fonctions complexes. Aldéhydes-alcools. Glucides. Acides-alcools. Aminoalcools et aminoacides. Protides.

B. Composés cycliques. — I. Composés carbocycliques. — 1. Séries cyclanique et cyclénique : notions élémentaires sur les groupes du menthane, du camphane et du pinène. Terpènes. Stérols, vitamines et hormones (notions élémentaires) ; 2. Série aromatique : Hydrocarbures et dérivés. Phénols et alcools. Aldéhydes et acides. Alcools-aldéhydes et acides-phénols. Tanins. Aminophénols. Composés arsenicaux. — II. Composés hétérocycliques. Notions élémentaires sur les hétérocycles oxygénés, sulfurés et azotés. Chlorophylle et hémoglobine. Notions élémentaires sur les alcaloïdes végétaux et animaux.

E. — Travaux pratiques de chimie (20 séances)

Analyse volumétrique (acidimétrie, alcalimétrie, iodométrie, manganimétrie et argentimétrie) (8 séances).

Analyse élémentaire qualitative, limitée aux éléments importants pour la biologie (4 séances).

Analyse fonctionnelle (étude des principales fonctions en chimie organique) (4 séances).

Etude des principaux composés organiques importants pour la biologie : glucides, lipides et protides (4 séances).

F. — Physique (environ 75 leçons)

I. *Généralités sur les phénomènes physiques, métrologie* (4 leçons environ). — Phénomènes physiques. Lois et théories physiques.

Systèmes d'unités et méthodes de mesures.

Erreurs et approximations dans les mesures. Représentation graphique des résultats.

Chronophotographie. Cinématographie.

II. *Propriétés générales de la matière, état des corps* (7 leçons environ). — Etat gazeux : Gaz parfaits, lois. Notions sur la théorie cinétique des gaz. Pression atmosphérique. Manomètres.

Technique du vide. Résistance au mouvement dans les gaz. Diffusion des gaz.

Etat liquide. Hydrostatique. Eléments d'hydrodynamique, viscosité, résistance au mouvement dans les liquides.

Phénomène de surface : tension superficielle, capillarité; absorption.

Etat solide : Etat amorphe et état cristallin. Elasticité. Méthodes densimétriques (solides, liquides, gaz).

III. *Energétique* (10 leçons environ). — Energie mécanique : Grandeurs fondamentales cinétiques et dynamiques. Travail. Puissance. Energie potentielle. Energie cinétique.

Quantité de mouvement, chocs.

Energie calorifique : Thermométrie. Calorimétrie. Transmission de la chaleur.

Notions de thermodynamique, principe de l'équivalence, principe de Carnot. Notions de thermochimie. Loi d'action de masse.

Changement d'états. Dissolution des solides, des liquides et des gaz.

Hygrométrie.

Etude des solutions étendues. Cryométrie, ébulliométrie, tonométrie.

Dialyse. Osmose, pression osmotique.

Suspensions, émulsions, colloïdes.

IV. *Généralités sur les mouvements vibratoires, acoustique* (4 leçons environ). — Généralités sur les mouvements vibratoires. Mouvement sinosoïdal, propagation.

Ondes sonores, interférences, ondes stationnaires.

Qualité du son. Ultrasons. Tuyaux sonores, cordes, diapasons, plaques vibrantes.

Analyse et synthèse des sons complexes.

V. *Optique* (18 leçons environ). — Optique géométrique. Rappel : phénomènes fondamentaux et lois générales. Miroirs sphériques (aberrations). Diopre-plan, lame à faces parallèles, prisme. Lentilles sphériques minces (aberrations).

Lentilles épaisses. Systèmes dioptriques centrés.

Amétropies de l'œil; myopie, hypermétropie, astigmatisme, corrections. Vision.

Loupe. Microscope. Lunette viseur.

Eléments d'optique physique. Vibrations lumineuses. Interférences, couleurs des lames minces.

Principe d'Huyghens. Existence des phénomènes de diffraction, réseaux. Double réfraction. Polarisation rectiligne. Notions sur la polarisation chromatique. Polarisation rotatoire, polarimétrie.

Les diverses formes de l'énergie rayonnante. Emission des radiations. Incandescence, luminescence. Répartition de l'énergie dans les spectres d'émission. Spectroscopie.

Absorption des radiations. Calorimétrie. Néphélométrie.

Sources de lumière. Eclairage. Photométrie.

VI. *Electricité* (22 leçons environ). — Electrostatique. Quantités d'électricité, lois de Coulomb. Champ électrique; influence électrique. Potentiel. Capacité. Condensateurs. Machines électrostatiques. Electricité atmosphérique.

Courant continu. Rappel : résistance d'un condensateur, loi d'Ohm. Courants dérivés. Mesure des résistances. Effet Joule. Puissance et énergie d'un courant continu. Loi d'Ohm généralisée. Actions chimiques du courant. Electrolyse, dissociation électrolytique, conductibilité des électrolytes. Accumulateurs.

Piles hydroélectriques. Ionométrie, *pH*. Notions sur les potentiels d'oxyréduction.

Thermoélectricité.

Masses magnétiques. Champ magnétique. Electromagnétisme. Propriétés magnétiques des différentes substances.

Actions électrodynamiques.

Mesures des intensités, des différences de potentiel et des énergies.

Induction électromagnétique. Self-induction (définition du henry).

Courants de Foucault. Bobine d'induction.

Dynamo à courant continu (études très succinctes).

Courant alternatif. Propriétés générales. Intensité et force électomotrice efficaces, impédance. Production et utilisation. Transformateurs. Redresseurs.

Electron négatif, rayons cathodiques, rayons X. Décharge dans les gaz raréfiés, rayons cathodiques. Emission thermo-électronique.

Emission photoélectrique, cellules photoélectriques et photo-résistances. Rayons positifs.

Propriétés générales des rayons X, nature. Emission et absorption.

Production, utilisation, mesure du rayonnement X.

Structure de l'atome, radioactivité. Le noyau atomique et l'atmosphère électronique. Niveaux énergétiques, notion de *quantum* dans l'émission et l'absorption des radiations. L'unité d'énergie électron-volt. Le rayonnement radioactif. Transformation spontanée des radioéléments, période, vie moyenne, familles. Notion d'équilibre radioactif. Radioactivité artificielle.

Oscillations électriques, courants de hautes fréquences, ondes hertziennes.

G. — Travaux pratiques de physique (20 séances)

Densités. Pendule de torsion. Moments d'inertie. Courbe d'allongement d'un caoutchouc.

Compressibilité d'un gaz. Viscométrie d'un liquide.

Calorimétrie. Equivalent mécanique de la calorie. Tension de la vapeur d'eau. Cryométrie.

Miroirs concaves et lentilles minces sphériques, lentilles cylindrosphériques. Etude du microscope. Spectroscopie. Lumière polarisée, polarimétrie. Franges d'interférences.

Electrolyse. Mesure des résistances et des forces électromotrices. Conductibilité d'un électrolyte. Amortissement d'un galvanomètre. Mesure des capacités et des champs magnétiques à l'aide du galvanomètre balistique. Courant alternatif. Etude de la lampe triode. Absorption des rayons B du radium.

INFORMATIONS

ORDONNANCE DU 15 DÉCEMBRE 1944 relative au rétablissement des syndicats de Médecins,

de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes

EXTRAITS

Titre premier. — Dispositions générales.

Article premier. — Les syndicats, unions et fédérations de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, existant au 16 Juin 1940 et dissous par l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français, sont rétablis dans les droits et attributions qu'ils possédaient à la date de leur dissolution.

Art. 2. — Sous réserve des incapacités formulées par le Code du travail et les articles 4 et 6 ci-dessous, les membres des bureaux et organismes directeurs des syndicats, unions et fédérations de syndicats en exercice au 16 Juin 1940 sont également rétablis dans leurs fonctions et mandats.

Art. 3. — Les syndicats sont régis par les dispositions du Livre III du Code du travail, sous réserve des dispositions transitoires ci-après.

Art. 4. — Ne pourront faire partie du bureau ou des organismes directeurs d'un syndicat, d'une union ou d'une fédération de syndicats de médecins, de praticiens de l'art dentaire, de pharmaciens et de sages-femmes, sous quelque forme que leur désignation ait lieu, les personnes qui ont fait l'objet :

Soit d'une sanction disciplinaire ou d'une mesure d'épuration administrative ; soit d'une condamnation pour faits de collaboration ; soit d'une condamnation pour indignité nationale.

Art. 5. — Les bureaux et autres organismes directeurs ne pourront reprendre leur activité que sur décision d'une des commissions départementales ou des commissions nationales de reconstitution instituées par la présente ordonnance.

Art. 6. — Jusqu'au renouvellement, par des assemblées générales, des bureaux et organismes directeurs, les commissions de reconstitution syndicale prévues pourront prononcer la déchéance ou l'interdiction du droit de faire partie de ces bureaux et organismes directeurs ou des commissions provisoires de gestion contre toute personne :

1° Qui aura coopéré à la destruction des libertés républicaines, et notamment de la liberté syndicale ; 2° qui aura coopéré à la déportation des travailleurs français sans chercher à atténuer les ordres reçus ; 3° qui aura refusé de donner des soins aux malades ou blessés des Forces françaises de l'intérieur et des organisations de résistance ou les aura dénoncés aux autorités ennemies ou à celles de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français.

Titre II. — Reconstitution des organisations syndicales.

Art. 7. — En vue d'assurer la reconstitution rapide des organisations syndicales de médecins, il est institué :

1° Pour les organisations à caractère national : une commission nationale de reconstitution des organisations syndicales de médecins composée d'un magistrat de cour d'appel, président, et de 6 médecins nommés par décret du ministre de la Santé publique, après avis du Comité médical de la résistance.

2° Pour les organisations à caractère départemental ou local : des commissions départementales de reconstitution des organisations syndicales de médecins composées d'un magistrat des cours et tribunaux, président, et de 6 médecins nommés par arrêté du ministre de la Santé publique sur proposition du préfet, après avis du Comité médical départemental de la libération.

Art. 10. — La commission nationale et les commissions départementales de reconstitution sont chargées, dans la limite de leur compétence :

1° De l'application des dispositions de l'article ci-dessus ;

2° De la constitution des commissions provisoires de gestion nationale ou départementale composées de 5 membres.

. . . .

Art. 14. — La commission provisoire de gestion assure la défense des intérêts matériels de l'organisation syndicale et la gestion de ses biens.

Elle prend toutes mesures en vue de la reconstitution normale de cette organisation et, notamment, procède aussitôt que possible à la réunion de l'assemblée générale.

Art. 15. — Les dispositions du présent titre sont applicables aux syndicats de praticiens de l'art dentaire, aux syndicats de pharmaciens et aux syndicats de sages-femmes, sous réserve de quelques modifications.

Titre III. — Dispositions diverses.

Art. 16. — Les biens qui appartenaient avant leur dissolution aux syndicats, union ou fédération des syndicats de médecins leur seront rendus selon les modalités prévues par le décret du 25 Janvier 1944, complétant le décret du 18 Octobre 1943 portant suppression de l'Ordre des médecins.

Tous les biens qui appartenaient avant leur dissolution aux syndicats de pharmaciens, de praticiens de l'art dentaire et de sages-femmes leur seront restitués dans un délai de six mois.

Art. 21. — Les modalités d'application de la présente ordonnance seront fixées par décret.

Fait à Paris, le 15 Décembre 1944.

(*J. O.*, 17 et 20 Décembre 1944.)

COMMISSION TECHNIQUE des médicaments antivénériens

Par arrêté ministériel du 6 Décembre 1944 la Commission technique des médicaments antivénériens est composée des membres ci-dessous : MM. TIFFENEAU, JULES RENAUT, JUSTIN-BESANÇON, LÉVY-BING, DEGOS, COSTE, TZANCK, SOULA, CAVAILLON et le Chef du service central de la pharmacie, à titre consultatif.

(*J. O.* du 16 Décembre 1944.)

Validité des certificats médicaux prescrivant le régime de suralimentation

A dater du 1er Janvier 1945, la durée maxima de validité des certificats médicaux prescrivant le régime de suralimentation pourra être de trois mois pour : 1° les tuberculeux pulmonaires présentant des lésions indiscutables et en activité, notamment les malades porteurs d'un pneumothorax thérapeutique pendant la première année, sous réserve de prolongation possible ; 2° les tuberculeux médicaux et chirurgicaux à l'exclusion des formes fixées ou des séquelles.

Pour les autres bénéficiaires du régime de suralimentation, la durée maxima du certificat médical demeure fixée à un mois.

(*Extrait Bull. Man. off. Paris* du 19 Décembre 1944.)

Université de Paris

Collège de France. — Le cours du Prof. R. LERICHE commencera le lundi 15 Janvier, à 18 heures, et se continuera les vendredi et lundi à la même heure. Objet du cours : physiologie pathologique et traitement des embolies artérielles, des anévrismes artériels et artério-veineux. Le premier cours sera consacré à l'exposé d'un sujet d'ordre général : La chirurgie à l'ordre de l'intelligence.

Cours de pathologie chirurgicale. — Le docteur JEAN PATEL, agrégé, commencera son cours le samedi 6 Janvier 1945, à 17 heures, au Petit Amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Programme du cours : Pathologie chirurgicale des membres.

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Prof. Maurice Loeper). — LES MÉDICATIONS DU JOUR (samedi 11 heures) : 13 Janvier : La sulfadiazine dans les infections, M. Varay. — 20 Janvier : Les nouveaux arsenicaux, M. Degos. — 27 Janvier : Le traitement de l'oxyurose, M. Deschiens. — 3 Février : Le traitement du tétanos, M. Lenormant. — 10 Février : Les nouveaux médicaments de la maladie de Basedow, M. A. Netter. — 17 Février : L'acétylation des sulfamides, M. Jean Cottet. — 24 Février : La tuberculinothérapie du rhumatisme, M. Bourdin. — 3 Mars : Le traitement de la tuberculose rénale, M. Chevassu. — 10 Mars : Tuberculose et hérédité, M. Turpin. — 17 Mars : Les médications substitutives de l'insuline, M. Boulin. — 24 Mars : Le traitement des abcès du poumon, M. Jacob. — 14 Avril : Traitement chirurgical du cancer du pancréas, M. Bergeret. — 21 Avril : Médication martiale dans les anémies, M. Mallarmé. — 28 Avril : Les sulfones en thérapeutique, M. Nitti. — 5 Mai : L'avenir du cancer de l'estomac opéré, M. Hepp. — 12 Mai : Traitement et prévention des accidents post-opératoires, M. Gosset. — 26 Mai : Traitement sympathique du mégacôlon, M. Leriche. — 2 Juin : Oxyquinoléine et ses indications, M. Loeper. — 9 Juin : Le thiophène et le soufre dans le traitement du rhumatisme chronique, M. Lesobre. — 16 Juin : Les accidents du salicylate de soude, M. Perrault. — 23 Juin : La transfusion du plasma sanguin, M. Tzanck.

RÉUNIONS DES MÉDECINS DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE (le dernier jeudi du mois à 10 heures, Amphithéâtre Hayem à l'hôpital Saint-Antoine). — 25 Janvier : Traitement chirurgical des néphrites chroniques, MM. Cottet, Routier et Rudler. — 22 Février : Les érythroblastoses, MM. André, A. Lemaire et Mallarmé. — 26 Avril : La pénicilline, MM. Martin, Nitti et Smith. — 31 Mai : L'hypoprotidémie, MM. Guy Laroche, Loeper et Trémolières. — 28 Juin : Les aorto-myocardites, MM. Heim de Balsac, Mouquin et Soulié.

Universités de Province

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. CHELLE, professeur, est chargé, pour l'année scolaire 1944-1945, de la direction des services de la chaire de chimie biologie.

— M. TAYEAU est chargé, pour la même période, de l'enseignement de la chimie biologique, en remplacement de M. Machebœuf, détaché.

Faculté de Médecine de Lille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. DEBEYRE, ancien professeur.

— M. BEDRINE, institué agrégé, est nommé agrégé.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. WERTHEIMER, agrégé libre, est chargé, à titre provisoire, du service de la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bertrand.

Faculté de Médecine de Marseille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. AUDIBERT, ancien professeur.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. CORNELOUP est renouvelé pour 3 ans, à compter du 1er Octobre 1944, dans ses fonctions de directeur.

Hôpitaux de Paris

Nominations et Mutations des Chefs de Service

Chirurgiens :

A Laennec, M. RAOUL MONOD, de Saint-Louis ; *à Saint-Louis*, M. LEIBOVICI ; *à Bichat*, M. AMELINE, d'Ivry ; *à Ivry*, M. WELTI.

CONSULTATIONS GÉNÉRALES :

A Saint-Antoine, M. FUNCK-BRENTANO ; *à Bichat*, M. BOUDREAUX ; *à Saint-Louis*, M. ROUHIER, chirurgien honoraire ; *à Tenon*, M. DENIKER, chirurgien honoraire ; *à Necker*, M. KÜSS, chirurgien honoraire ; *à Broussais*, M. BRÉCHOT, chirurgien honoraire.

Médecins :

A Boucicaut, M. WEISSMANN-NETTER, en remplacement de M. TINEL, atteint par la limite d'âge ; *à Laennec*, M. GUTMANN ; *à la Salpêtrière* (service de tuberculeux), M. BENDA ; *à Broussais* (service de tuberculeux), M. SALLES, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service ; *à la Cité Universitaire*, M. CATTAN.

CONSULTATIONS GÉNÉRALES :

A l'Hôtel-Dieu, M. DEROT ; *à Saint-Antoine*, M. HILLEMAND ; *aux Enfants-Malades*, M. KAPLAN ; *à Bretonneau*, Mme ROUDINESCO ; *à Laennec*, M. ALBOT ; *à Trousseau*, M. FOUQUET ; *à Hérold*, M. LAPLANE ; *à Tenon*, M. FACQUET ; *à Broca*, M. DEGOS.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DE SECTEUR

A Boucicaut, M. DEBRAY.

CONSULTATION ANTIVÉNÉRIENNE DU SOIR

Ambroise-Paré-Boileau, M. BOLGERT.

Électro-Radiologistes :

A la Salpêtrière, M. GALLY, de Vaugirard ; *à Trousseau*, M. BEAU, chef de service central de radiologie ; *à Vaugirard*, M. FOUBERT, de Neuilly ; *à Baudelocque*, M. JACQUES BUSY, d'Ivry ; *à Ivry*, M. COBET ; *à Claude-Bernard*, M. LIQUIER ; *à Neuilly*, M. LEBOUCHARD.

Ophtalmologistes :

CONSULTATIONS D'OPHTALMOLOGIE

A Foch, M. VOISIN ; *à Trousseau*, M. OFFRET ; *aux Ménages* et *à Hérold*, M. DESVIGNES.

Concours et places vacantes

Clinicat de la Faculté de Médecine de Paris. — Ont été nommés chefs de clinique :

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M. ALBAHARY.

Clinique médicale Broussais : MM. BARIÉTY et DEPIERRE.

Clinique médicale Bichat : M. RICHET.

Clinique médicale Saint-Antoine : M. LESOURD.

Clinique médicale propédeutique Broussais: M. COURY et Mlle TEYSSIER.

Clinique de la tuberculose Laennec : MM. DURET et LEFEBVRE.

Clinique cardiologique Broussais : MM. HARBEL et PERRIER.

Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard : Mlle CORRE.

Clinique de la première enfance Trousseau : M. COMBES-HAMELLE.

Clinique des maladies nerveuses Salpêtrière : MM. LE BOZEC et RISTELHUEBER.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Saint-Louis : MM. DANEL et GOUGEROT.

Clinique des maladies mentales Sainte-Anne : MM. Desclaux et Talairach.
Clinique obstétricale Tarnier : MM. Mage et Molle.
Clinique urologique Cochin : M. Compagnon.
Clinique chirurgicale Salpêtrière : MM. Desfosses et Léandri.
Clinique chirurgicale Saint-Antoine : M. Campagne.
Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : MM. Gaudrille, Germain et Eudel.
Clinique chirurgicale Cochin : MM. Marzet, Ronsin et Fénelon.
Clinique de neurochirurgie Pitié : M. Wolinetz.
Clinique ophtalmologique Hôtel-Dieu : MM. Blancard et Boudon.

Nouvelles diverses

Académie de Chirurgie. — L'Académie ne tiendra pas séance les 27 Décembre 1944, 3 et 10 Janvier 1945. La séance de rentrée est fixée au 17 Janvier 1945. Les séances ont lieu à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Société médicale des Hôpitaux de Paris. — La Société n'a pas tenu séance le 29 Décembre 1944 et ne se réunira pas le 5 Janvier 1945. La séance de rentrée est fixée au vendredi 12 Janvier 1945. Pendant la période d'hiver, les séances se tiendront à la Policlinique des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Institut Pasteur de Lille. — Le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur de Lille a désigné à l'unanimité, le 15 Décembre dernier, M. Ch. Gerner, professeur d'hygiène et bactériologie à l'Université de Lille, comme directeur de l'Institut Pasteur de Lille, en remplacement de M. Marmier, décédé.

Nos Échos

Naissances.

— Le docteur et Mme Bouvier sont heureux d'annoncer la naissance de leur deuxième enfant, *François*. (20 Octobre 1944, Paris, 85, rue du Ranelagh.)

— Le docteur et Mme Jean-Gallois ont la joie de faire part de la naissance d'*Olivier*, leur sixième enfant. (Paris, 17 Octobre.)

— Le Professeur agrégé et Mme J. Magendie sont heureux d'annoncer la naissance de leur sixième enfant, *Marie-Josette*. (Bordeaux, 15 Décembre 1944.)

— Le docteur et Mme Daviaovici sont heureux de faire part de la naissance du petit frère de Marianne, *Georges-Olivier*. (Bollène [Vaucluse], 14 Octobre 1944.)

— Jeannette et Michel Delandne ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Françoise*. (Docteur Delandne, Morez [Jura].)

— Marie-Danièle, François, Geneviève Audbourg ont la joie d'annoncer la naissance de leur petite sœur *Dominique*. (Docteur et Mme Audbourg, Chécy [Loiret].)

— Le docteur et Mme Guy Tardieu sont heureux de faire part de la naissance de leurs fils *Bernard* et *Jean*. (Paris, 8 Juillet 1944.)

— Le docteur et Mme F. Denosne sont heureux de faire part de la naissance de leur petite *Françoise*. (Douai [Nord], 16 Décembre 1944.)

Mariages.

— On annonce le mariage, célébré le 16 Novembre 1944 (château de Polisy, Aube), du docteur Jean Pervès, chirurgien en chef des hôpitaux maritimes de Toulon, avec Mlle Jacqueline Carsignol, officier des Services Féminins de la Flotte, aux armées.

— On annonce le mariage de Mlle Geneviève Benon, externe des hôpitaux de Paris, fille du docteur R. Benon, de Nantes, avec le docteur Henry G. Robert, interne des hôpitaux de Paris.

— On annonce le mariage de Mlle Marie-Thérèse Lernout avec le docteur Robert Chevalier. (Sanatorium du Cluzeau [Haute-Vienne].)

Décès.

— On annonce le décès à Paris, à l'âge de 78 ans, du médecin général inspecteur des troupes coloniales Jules Emily, grand-officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie des Sciences coloniales, dernier officier survivant de la Mission Marchand.

— On annonce le décès de M. Jean-Louis Barthe, chargé de mission, tué en service, à 24 ans, par accident d'avion le 8 Décembre 1944. Il était le petit-fils et fils des docteurs Fernand et René Barthe.

— On annonce le décès, à Bordeaux, du docteur Personne de Lachaud, assistant au Laboratoire d'anatomie générale et histologie.

— On annonce le décès, le 21 Octobre 1944, à Bourges, du docteur Jacques Wintrebert, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

— On annonce le décès à Toulouse du docteur Charles Monel, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, médecin-chef honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur.

— On annonce la mort du docteur Prosper Bouteil, ancien interne de Saint-Lazare, 87, boulevard Magenta, Paris.

— On annonce le décès du médecin-général F. Duguet, ancien professeur du Val-de-Grâce, ancien inspecteur général du Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte, membre de l'Académie de Chirurgie, commandeur de la Légion d'honneur, survenu le 16 Août 1944, à Bayonne.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

Les Petites Annonces dans La Presse Médicale *sont acceptées sous réserve d'un contrôle extrêmement sérieux. Aucune annonce commerciale n'est acceptée.*
Prix : 20 fr. la ligne (15 fr. pour les abonnés).

On désirerait vendre maison de retraite et repos env. imm. de Paris, 30 pensionnaires, banl. sud-est. Propriété au milieu parc. Ecr. *P. M.*, n° 842.

Représentant médical expérim. ch. situat. Ecr. *P. M.*, n° 846.

Visiteur médic. d'un des 1ers labos de Paris pour Toulouse et rég. jusqu'à Indre dés. s'adj. Labo compl. produits réel intér. Ecr. *P. M.*, n° 946.

Inf. excell. éduc. et réf., anglais, all. un peu esp., ch. situat. secrét. Dr ou dentiste. Le Gargam, 17, Prise d'Eau, Vésinet (S.-et-O.). Tél. n° 91.

A vendre d'urgence bon poste de médecin propharmacien près Lyon. Ecr. *P. M.*, n° 949.

Recherche lavabo roulant à pédale, un ou deux barillets, bon état. Ecr. *P. M.*, n° 955.

Jne médecin rech. participat. d. clinique d'accouch. gynéco., pédiatrie. Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 957.

Laboratoire analyses province rech. laborantine tr. au courant chimie bio. bactériol. hématol., sit. particulièrement intéressante. Ecr. *P. M.*, n° 963.

Visiteur médical bien introduit s'adjoindr. Labo. Ecr. *P. M.*, n° 965.

A vendre seringue à deux voies du Dr Jubé, volume 10 cm^3, état neuf, avec sa boîte métal. Echang. le cas échéant contre seringue 5 cm^3. Ecr. *P. M.*, n° 971.

Radiologiste dem. infirmière-secrét. apr.-midi, avec ou sans quelques matinées. Tél. ap.-midi : Carnot 29-27.

A vendre appareil photographique Leica. Ecr. *P. M.*, n° 975.

Médecin petit retraité, bonne pratique radio-pulm., sér. connais. administr. ch. place adjoint assistant, associé ou secrétariat, inspection, contrôle, travail de bureau. Ecr. *P. M.*, n° 978.

Recherchons un microscope binoculaire et un microtome d'exc. fabrication, neuf ou d'occasion, en bon état. Faire offres à Sté Uclaf, 102, route de Noisy, Romainville (Seine).

J. F. Vve de médecin, dem. empl. ch. Dr, réception, clientèle, tél. secrét. ou dans Labo ou clinique. Ecr. *P. M.*, n° 991.

J. Dame, présentant bien, initiative, dem. empl. laborantine ou ch. Dr journée ou demi. Secrét. dirig. int., récep. client. ou rech. expérimen. Ecr. *P. M.*, n° 992.

Visiteur médical, réf. morale exc., présent. parfaite, 12 ans même Labo., très introduit, grande expérience, cherche autre Labo pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 1.

Obligé venir habiter Paris, médecin 35 a. ayant exercé 7 a. province ch. clientèle médicale Paris ou place assist. av. succession éventuelle. Ecr. *P. M.*, n° 2.

Famille, ay. propriété avec ferme, prendrait enfant anémié, tt. conf. chauff. salle bains, excell. nourriture. Mme Huyghe, « La Garenne », Cormatin (Saône-et-L.).

Ménage, sérieuses références, cherche direction clinique dans une grande ville. Ecr. *P. M.*, n° 4.

On demande pour hôpital 100 km. Paris laborantine diplômée. Traitement de début 2 500 fr. par mois. Ecr. *P. M.*, n° 5.

Vends cause décès 22 volumes encyclopédie médico-chirurgicale, état neuf, reliés parchemin, mise en pages à jour. Prix : 20.000 fr. Ecr. *P. M.*, n° 6.

Suis acheteur table opératoire avec pied à pompe. Table d'examens Tables roulantes. Vitrines. Irrigateur. Stérilisateur. Téléphoner à : Italie 07-42.

J. F. labor. conn. parfait. anal. biolog. chim. et bact., et tech. prélèv. ; posséd. 3 ans minim. référ. m. pl. ; habit. riv. g. ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, référ. prétent. à Pharm., 4, Pl. Porte Orléans.

A céder banlieue immédiate pour Docteur ou dentiste local 3 pièces. Eau, gaz, él., force, téléph. Ecr. *P. M.*, n° 9.

Radiol. qual. possédant app. 44 ch. poste dans clinique Paris ou banlieue proche. Ecr. *P. M.*, n° 10.

J. fille 21 a. possédant baccalauréat A.M.S. secrét. médicale, aide-radiologiste, ch. bonne sit. clinique ou médecin particulier, Paris. Ecr. *P. M.*, n° 11.

Visiteur médical, longue pratique, cherche second produit sérieux pour Paris. Ecr. *P. M.*, n° 12.

Médecin, 20 ans pratique labo, sérieuses références scientifiques, cherche situation labo recherches ou analyses rég. Paris, Marseille, apporterait au besoin cap. Ecr. *P. M.*, n° 13.

A vendre trousse petits instrum. : 1 Pachon-Microtome, 2 képis et paire bottines vernies. Ecr. *P. M.*, n° 14.

Secrétaire expérim. sténo-dact. ou sténotypiste demand. par radiolog. de 18 à 20 h. chaq. jour. Ely. 07-29.

Demande pour durée hostilités chirurgien pour remplacer chirurgien déporté. Ecr. *P. M.*, n° 16.

A vendre beau microscope Voigtlander inclinable, 3 objectifs sans immersion, 5 oculaires. Pr. rdz-vs Tél. Per 02-96.

J. médecin, 28 a., 2 enf., int. province, tr. au cour. prat. chir. ch. place assistant chirurgien, femme inf. diplômée, tr. sér. réf., surveillante ou directrice clinique. Ecr. *P. M.*, n° 18.

Réfractomètre d'Abbe recherché par M. Person, 39, av. Ernest-Reyer, Paris-14e.

Jne médecin, anc. externe hôp. Paris, ch. occupation Paris ou banlieue, remplacement ou assistance. Ecr. *P. M.*, n° 20.

A vendre appareil R.X. basculant pour radiodiagnostic Dutertre, oscillomètre Boulitte, oxygénateur Bayeux, bonbonne vide pour acide carbonique, petit stérilisateur électrique, fer à souder. Moins, 178, rue de Courcelles, Paris.

Assistante sociale-Infirmière, diplômes d'Etat, réf. 1er ordre, ch. situation : secrétariat médical, direction dispensaire, centre médico-social. Ecr. *P. M.*, n° 22.

A céder appareil Electro-radio. Ecr. *P. M.*, n° 23

Electro-radiol. dipl. Faculté de Paris ch. remplacement, assistance ou poste ds clinique, Paris ou banl. Ecr. *P. M.*, n° 24.

Vve de médecin céderait à confrère aiguilles à injections hypoderm., intramus., intravein., etc. Prix avantageux. Tél. Pas. 76-90.

Méd. âgé échangerait appartem. 6 p. pour app. 3 p. Ecr. *P. M.*, n° 26.

A céder cause santé important cabinet méd. génér., appartem. garni ou sans, rég. Midi. Ecr. *P. M.*, n° 27.

Docteur sinistré, 50 ans, actif, ch. situation visiteur médical, toute région. Ecr. *P. M.*, n° 28.

Importante clientèle médec. génér. centre Paris à céder. Ecr. *P. M.*, n° 29.

J. F. excellentes référ., ayant fait études inf. et stage lab. cherc. poste assistante médic. Ecr. *P. M.*, n° 30.

Pharmacien diplôme libre, cherche utilisation diplôme sans apport. Ferait visites médicales. Ecr. *P. M.*, n° 31.

Labor. anal. médic. rech. Dr en méd. pouv. faire tous prélèvements et s'occuper entre temps de bactériol. et sérol. Mise au courant éventuelle. Ecr. *P. M.*, n° 32.

Laboratoire important demande pour Paris et province visiteurs médicaux exclusifs, professionnels expérimentés, pour collaboration étroite, situation stable et d'avenir. Très sérieuses références exigées. Ecrire avec *curiculum vitæ* très détaillé et copies des références (indiquer secteur préféré) à *P. M.*, n° 33.

Leçons d'espagnol, travaux et traductions en espagnol. S'adresser à M. le Dr Lasa, 11, villa Saint-Michel, Paris-18e.

Important laboratoire recherche dactylo-facturière, bonne débitrice, très expérimentée, réellement susceptible prendre direction Service. Place stable et d'avenir. Ecrire tous renseignements, âge, copies références à *P M.*, n° 35.

Visiteur méd., long. expér., bien relation. hautes réf., cherche Labor. pour Bordeaux et S.-et-O. Visiter. Paris. Ecr. *P. M.*, n° 36.

AVIS. — Prière de joindre aux réponses un timbre de 1 fr. 50 pour transmission des lettres.

Le gérant : F. Thomas.

Imprimé par l'Ancne Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, à Paris (France).